

Päihde- ja mielenterveyspotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta

Potilaskysely Lahden psykiatrian poliklinikan päihde- ja
mielenterveyspotilaille

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosionomi AMK
Sosiaalipedagoginen aikuistyö
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Ida Huuonen
Asta Luukkonen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma

IDA HUUMONEN & ASTA LUUKKONEN

Päihde- ja
mielenterveyspotilaiden
kokemuksia saamastaan
hoidosta
-potilaskysely Lahden
psykiatrian poliklinikan
päihde- ja
mielenterveyspotilaille

Sosiaalipedagoginen aikuistyö suuntautumisvaihtoehto opinnäytetyö, 42 sivua, 5
liitesivua

Syksy 2011

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Lahden psykiatrian poliklinikan kanssa. Tutkimus on toteutettu kvantitatiivisella, eli määrällisellä, tutkimusmenetelmällä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Lahden psykiatrian poliklinikan päihde- ja mielenterveyspotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja sen toimivuudesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaiden hoidosta ja sen kehittämistarpeista Lahden psykiatrian poliklinikalla.

Tutkimus toteutettiin Lahden psykiatrian poliklinikalla, jonne kyselylomakkeita toimitettiin yhteensä 100 kappaletta. Vastauksia palautui kuitenkin vain seitsemän, joten luotettavia johtopäätöksiä on mahdotonta tehdä. Siksi päädyimme vertaamaan oman tutkimuksemme tuloksia kahteen muuhun tutkimukseen: Jenni Laihon opinnäytetyöhön ja Patrick W. Corriganin kirjaan.

Tutkimuksen teoriaosuudessa käsitellään mielenterveyttä, mielenterveydenhäiriötä, päihdeongelmaa, kaksois- ja kolmoisdiagnoosia, mielenterveystyötä, päihdetyötä, palvelujärjestelmää sekä Lahden psykiatrian poliklinikkaa.

Tutkimuksen mukaan päihde- ja mielenterveyspotilaiden ongelmat ovat usein alkaneet jo nuorena. Potilaat saattavat salailla päihdeongelmaansa, ja heidän hoitomotivaationsa voi olla heikko. Hoitomotivaatiota voidaan kuitenkin parantaa motivoivien menetelmien avulla, joita Lahden psykiatrian poliklinikalla käytetään. Sekä Lahden psykiatrian poliklinikan hoitohenkilökunta että potilaat kokevat, että psykiatrian poliklinikalla huomioidaan ja hoidetaan enemmän mielenterveyden häiriötä kuin päihdeongelmaa.

Avainsanat: kaksoisdiagnoosi, kolmoisdiagnoosi, Lahden psykiatrian poliklinikka

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Work

IDA HUUMONEN & ASTA LUUKKONEN : The experiences of patients with dual diagnosis concerning received treatment –A survey for the patients in the psychiatric polyclinic in Lahti

Bachelor's Thesis in socialpedagogic adultwork,
appendices

42 pages, 5

Autumn 2011

ABSTRACT

This quantitative study was made in association with the psychiatric polyclinic in Lahti. The purpose of this study was to find out what the patients with dual diagnosis think about their care in the psychiatric polyclinic in Lahti. The objective was to provide information about the treatment of people with dual diagnosis in the psychiatric polyclinic in Lahti.

The study was conducted in the psychiatric polyclinic in Lahti, where a 100 questionnaires were delivered. Only seven replies came back. Because of this reliable conclusions were impossible to make. We decided to compare our results with two other studies: a Bachelor's Thesis made by Jenni Laiho and a study composed by Patrick W. Corrigan.

The theoretical part of the study consists of mental health, mental disturbance, substance addiction, dual diagnosis, ternary diagnosis, mental health work, intoxicant job, service system and the psychiatric polyclinic in Lahti.

The results show that in many cases the problems with people who have dual diagnosis have started early. Patients may try to hide their substance use, and they may be unmotivated to treat their problems. Their motivation can be improved with motivational interventions, which are used in the psychiatric polyclinic in Lahti. Both the staff in the psychiatric polyclinic in Lahti and the patients feel that the psychiatric polyclinic is more focused on the mental health issues than substance use.

Key words: Dual diagnosis, ternary diagnosis, The psychiatric polyclinic in Lahti

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSONGELMAT	3
2.1	Päihderiippuvuus	3
2.2	Mielenterveys	4
2.3	Mielenterveyden häiriö	5
2.4	Kaksois- ja kolmoisdiagnoosi	7
3	PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPOTILAAN HOITO	8
3.1	Palvelujärjestelmä	8
3.2	Päihdetyö	12
3.3	Mielenterveystyö	15
4	LAHDEN PSYKIATRIAN POLIKLINIKKA	17
4.1	Psykiatrian avohoito	18
4.2	Hoitomuodot	19
5	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
6.1	Tutkimusmenetelmä	22
6.2	Kohderyhmä	23
6.3	Aineistonkeruumenetelmä	24
6.4	Aineiston käsittely ja analysointi	26
7	TUTKIMUSETIIKKA	27
8	TUTKIMUSTULOKSET	29
8.1	Lahden psykiatrian poliklinikalla toteutetun tutkimuksen tulokset	29
8.2	Muita tutkimuksia kaksois- ja kolmoisdiagnoosiin liittyen	32
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	34
10	POHDINTA	37
	LÄHTEET	40
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kaksois- ja kolmoisdiagnoosit ovat yleisiä; tarkkoja esiintyvyyksilukuja on kuitenkin vaikea ilmoittaa täsmällisesti ilmiön yhtenäisen määritelmän, heterogeenisten potilasryhmien sekä tutkimusten aikajänteiden, otostyyppien ja tutkimuksessa käytettyjen menetelmien vaihtelevuuden vuoksi (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 13). Päihde- ja mielenterveysongelmilla on myös suuri kansanterveydellinen ja – taloudellinen merkitys, koska mielenterveysongelmiin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt, päihdeongelmat ovat yleistyneet sekä mielenterveys ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on kasvanut (Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille 2009, 60).

Päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat historiallisista, byrokraattisista ja poliittisista syistä kehittyneet erillisissä systeemeissä (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 14). Kaksoisdiagnoosipotilaat jäävät nykyisessä palvelujärjestelmässä helposti väliinputoajiksi päihde- ja mielenterveyspalveluiden välillä (Mantila 2005, 1). Päihde- ja mielenterveyspotilaan hoitomieltyvyys on usein huono, koska potilas ei ole kokenut ongelmiaan elämäänsä haittaaviksi tekijöiksi tai ei ole tuntenut tulleeensa autetuksi hoidossa (Holmberg ym. 2008, 16).

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi potilaskyselyn Lahden psykiatrian poliklinikalle, koska aihe on meistä mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Olemme työharjoittelupaikoissamme kohdanneet kaksois- ja kolmoisdiagnoosin hoitoon liittyviä ongelmia sekä potilaita, jotka sairastavat sitä. Olimme myös jo vuonna 2008 keskustelleet mahdollisista opinnäytetyön aiheista ja jo silloin tulimme siihen tulokseen, että opinnäytetyömme tulee liittymään jollakin tavalla sekä päihde- että mielenterveystyöhön. Syksyllä 2010 huomasimme, että Lahden psykiatrian poliklinikalle oli tehty vuonna 2008 opinnäytetyö, jossa aiheena oli kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito työntekijöiden näkökulmasta. Tästä syntyi ajatus potilaskyselyn tekemisestä, mikä vahvistui, kun psykiatrian poliklinikka kiinnostui aiheesta, koska potilaiden näkökulman kuuleminen on tärkeää hoidon kannalta.

Täysin ongelmitta opinnäytetyön tekeminen ei kuitenkaan sujunut. Alkuperäisenä tarkoituksena oli saada opinnäytetyö valmiiksi jo keväällä 2011. Kohtasimme jo alkuvaiheessa useita ongelmia, koskien tutkimusluvan saantia. Nämä ongelmat voitettuaamme tutkimuslupa nousi uudestaan ongelmaksi keväällä 2011, mikä pysäytti työn etenemisen täysin. Tämän takia alkuperäinen aikataulu venyi viikoilla ja saimme potilaskyselyt jakoon psykiatrian poliklinikalle suunniteltua myöhemmin. Huonon vastausinnokkuuden myötä jouduimme lisäämään viikolla vastausaikaa, mikä ei kuitenkaan tuottanut toivottuja tuloksia. Tämän myötä myös opinnäytetyön alkuperäinen idea muuttui ja pienen vastausprosentin myötä päädyimme tekemään opinnäytetyön, jossa verrataan saatuja vastauksia jo ennalta olemassa oleviin tutkimustuloksiin.

2 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSONGELMAT

Tässä kappaleessa avaamme käsitteitä päihderiippuvuus, mielenterveys, mielenterveydenhäiriö sekä kaksois- ja kolmoisdiagnoosi. Vaikka opinnäytetyömme keskittyykin kaksois- ja kolmoisdiagnoosin saaneisiin potilaisiin, koemme tärkeäksi kertoa myös päihderiippuvuudesta, mielenterveydestä sekä mielenterveydenhäiriöistä, koska niihin liittyvät erilaiset ongelmat yhdessä muodostavat käsitteet kaksois- ja kolmoisdiagnoosi.

2.1 Päihderiippuvuus

Sanaa päihde voidaan käyttää yleisnimityksenä kaikille kemiallisille aineille, jotka tuottavat päihtymyksen tunteen ja/tai humalatilan. Osa päihteistä on laillisia (esimerkiksi alkoholi tai tupakka), osa laittomia (kuten huumeaineet) ja osa muita aineita (kuten tietyt lääkkeet). Liuottimet luokitellaan myrkyiksi. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 67) Opinnäytetyössämme tarkoitamme päihteillä edellä mainittuja aineita.

On olemassa monenlaisia riippuvuuksia. Jokainen meistä on riippuvainen jostakin, esimerkiksi ihmissuhteista, levosta tai liikunnasta. Pakonomaisesta riippuvuudesta puhutaan silloin, kun asia antaa välitöntä mielihyvää, mutta ajan kuluessa tuo haittoja, ja josta irrottautuminen ei yrityksistä huolimatta onnistu. (Lahtinen-Antonakis 2009, 32) Päihderiippuvuus kehittyy usein salakavalasti. Aluksi päihteen käyttö on satunnaista ja käyttäjän hallinnassa. Ajan kuluessa henkilö tulee psyykkisesti riippuvaiseksi päihteestä ja vähitellen riippuvuus kehittyy myös kemialliseksi riippuvuudeksi. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 68) Päihderiippuvuudesta puhutaan silloin, kun henkilöllä on pakonomainen tarve saada päihdettä jatkuvasti tai ajoittain ja käyttö on hallitsematonta (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 31). Henkilön on myös vaikea lopettaa päihteiden käyttöä, ja hänen sietokykynsä päihteeseen alkaa kasvaa. Lisäksi henkilöllä ilmaantuu vieroitusoireita. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 68) Päihteidenkäyttö voi

olla myös niin sanottua sekakäyttöä, jolloin henkilön alkoholin, lääkkeiden, liuottimien ja/tai huumeiden käyttö on samanaikaista tai peräkkäistä.

Riippuvuuden muotoja on kolme; fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen. (Inkinen ym. 2000, 31, 55). Tarkoitamme opinnäytetyössämme päihderiippuvaisella sellaista henkilöä, jolla on vähintään yksi riippuvuuden muoto. Eriasteiset vieroitusoireet ovat merkki henkilön fyysisestä riippuvuudesta päihteeseen. Psyykkisellä riippuvuudella tarkoitetaan, että henkilö kokee päihteen käytön omalle hyvinvoinnilleen välttämättömäksi. Kun henkilön sosiaalisessa verkostossa päihteidenkäytöllä on keskeinen asema, voidaan puhua sosiaalisesta riippuvuudesta päihteeseen. (Inkinen ym. 2000, 31)

2.2 Mielenterveys

Mielenterveys on osa ihmisen terveyttä ja se luo pohjan ihmisen hyvinvoinnille. Mielenterveys – käsitteeseen liittyvät sekä positiivinen mielenterveys, että erilaiset mielenterveyden häiriöt. Kokemus hyvinvoinnista, hyvä itsetunto sekä kyky vaikuttaa omaan elämäänsä kuuluvat positiiviseen mielenterveyteen. Näiden lisäksi positiiviseen mielenterveyteen liittyvät muun muassa toimintakykyisyys, henkinen kestävyys vaikeissa tilanteissa sekä ihmissuhteiden ylläpitäminen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 8)

Mielenterveyttä määrittäviä tekijöitä on useita. Näitä tekijöitä on muun muassa biologiset, sosiaaliset sekä psykologiset tekijät, joiden välillä on vuorovaikutteisia yhteyksiä. Biologisiin tekijöihin kuuluvat perintötekijät sekä terveydentila, sosiaaliin tekijöihin liittyvät esimerkiksi vuorovaikutussuhteet sekä tunne- ja sosiaaliset taidot ja psykologisiin tekijöihin esimerkiksi henkilön kasvatus sekä itsetunto. (Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille 2009, 3) Lisäksi mielenterveyden määrittelyyn vaikuttavat meneillään oleva aikakausi, kulttuuri sekä yhteiset arvot (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 6). Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt (1999) mielenterveyden käsitteen älylliseksi ja sosiaalseksi hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän

normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2007).

Ihmisen mielenterveyden perusta luodaan lapsuuden perheessä, minkä jälkeen kehitykseen vaikuttavat muun muassa päivähoito, koulu ja harrastukset. Näiden lisäksi asuinympäristö sekä kulttuuri vaikuttavat mielenterveyteen. Vaikka mielenterveyden pohja muodostuu jo varhaisessa lapsuudessa, on mielenterveys kehitysprosessi, mikä jatkuu koko ihmiselämän ajan. Elämäntapa muokkaa ihmistä ja erilaiset kehityskriisit jättävät ihmiseen jälkensä. Mielenterveys ei myöskään ole pysyvä olotila, vaan ajan mukana muuttuva ja erilaisiin tilanteisiin sidoksissa oleva yksilöllinen voimavara. Mielenterveydelle on mahdollista uusiutuminen ja kehittyminen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 8-9)

2.3 Mielenterveyden häiriö

Mielenterveys häiriöt ovat toiseksi yleisin väestön pitkäaikaisten sairauksien ja sairauseläkkeiden syy. Joka toinen suomalainen on kärsinyt lievästä tai tilapäisestä mielenterveyden häiriöstä ja noin joka neljäs sairastuu jossain elämänsä vaiheessa sellaiseen mielenterveyden häiriöön, mikä vaatii lääketieteellistä hoitoa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 136) Mielenterveyden häiriöitä ja sairauksia on monenlaisia, ja mielenterveyden ongelmat voivat ilmetä useilla eri tavoilla. Vaikeudet ovat yleensä jokapäiväisiä ja uhkaavat henkistä hyvinvointia. Kaikille yhteistä oiretta ei ole, mutta mielenterveyden häiriöt määritellään niille tyypillisten oireiden mukaan mahdollisimman selkeästi. Henkilöllä voi kuitenkin olla yhtä aikaa useita hoitoa vaativia häiriöitä tai sairauksia, ja ne voivat olla vaikeasti toisistaan erotettavissa. (Huttunen 2008)

Opinnäytetyössämme mielenterveyden häiriöstä puhuttaessa tarkoitetaan vakavaa mielenterveydellistä häiriötä, kuten vakavaa masennusta, psykoosisairautta, kaksisuuntaista tai vaikeaa persoonallisuushäiriötä.

Masennus, eli depressio on kaikkien ikäryhmien sairaus, mikä liittyy usein vaikeisiin elämäntapahtumiin, menetyksiin ja vaikeisiin ihmissuhteisiin. Lievän

masennuksen sairastaa elämänsä aikana neljäsosa ja vakavaan masennukseen sairastuu arvioilta kuusi prosenttia väestöstä. Masennuksen keskeisiä oireita ovat muun muassa masentunut mieli lähes jatkuvasti, kiinnostuksen ja mielihyvän menettäminen asioihin, voimavarojen vähentyminen sekä itseluottamuksen/omanarvontunnon väheneminen sekä kohtuuttomat itsesyytökset. (Holmberg ym. 2008, 127–128)

Psykoosisairaus on yleisnimitys mielenterveyden häiriölle, missä ihmisen todellisuudentaju on vääristynyt. Yleensä psykoositila on joko lyhytaikainen harhaluuloisuushäiriö tai akuutti, ohimenevä psykoosi, kuten päihdepsykoosi. Väestöstä noin yksi prosentti sairastaa pitkäaikaista skitsofreniaa tai skitsoaffektiivista häiriötä. Psykoositilassa ihmisellä esiintyy ajattelun ja havainnointikyvyn vääristymiä ja ihmisen kyky erottaa ajatukset havainnoinnista vääristyy. Oireet voivat ilmetä esimerkiksi aistiharhoina ja harhaluuloina. Skitsofreniassa esiintyy muutoksia ajattelussa ja havaitsemisessa, toimintakyvyssä sekä tunne-elämässä. Ihmisellä voi olla esimerkiksi pakonomaisia ajatuksia, passivoitumista sekä ahdistuneisuutta. (Heikkinen-Peltonen ym. 159–161)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö, eli bipolaarihäiriö on vakava ja yleensä elinikäinen mielenterveyden häiriö. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ihmisellä on sekä masennus- että maniajaksoja. (Holmberg ym. 2008, 136) Maniajakson aikana ihmisen mieliala, toimeliaisuus ja aktiivisuus ovat kohonneet, kun taas masennusjakson aikana mieliala ja toimintakyky ovat heikentyneet, joiden lisäksi häiriötä on myös kognitiivisissa toiminnoissa (esimerkiksi lähimuistissa).

Maanistenjaksojen sijaan ihmisellä voi olla hypomaniajaksoja, jolloin hän on puhelias, vilkas ja keskittymiskyvytön. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 149)

Persoonallisuudella tarkoitetaan ihmisen sosiaalisten ja psykofysiologisten ominaisuuksien kokonaisuutta, luonnetta tai olemusta. Tervettä persoonallisuutta kuvataan monesti tunnollisuutena, neuroottisuutena, ulospäin suuntautuneisuutena, myönteisyytenä ja avoimuutena. Erilaisia persoonallisuushäiriöitä ovat muun muassa epäluuloinen persoonallisuus, huomiohakuinen persoonallisuus, eristäytyvä persoonallisuus ja vaativa persoonallisuus. Erilaisia persoonallisuushäiriöitä sairastaa 5-15 prosenttia väestöstä ja ne ovat yleisempiä miehillä kuin naisilla. Lisäksi persoonallisuushäiriöitä esiintyy enemmän alemmissa sosiaaliluokissa,

kaupunkiympäristössä sekä yksinelävillä ihmisillä. (Holmberg ym. 2008, 153–155)

2.4 Kaksois- ja kolmoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosi voidaan määritellä useilla eri tavoilla. Kansainvälisessä hoitotyön kirjallisuudessa kaksoisdiagnoosi käsitteellä tarkoitetaan vakavien mielenterveysongelmien ja päihdeongelman samanaikaista esiintymistä. (Inkinen ym. 2000, 202) Kaksoisdiagnoosipotilas on myös määritelty päihteiden väärinkäyttäjäksi, jolla on vähintään yksi vakava mielenterveyden häiriö (Holmberg ym. 2008, 12).

Lahden psykiatrian poliklinikka määrittelee kaksoisdiagnoosin siten, että potilaalla on vakava mielenterveyden häiriö (vakava masennus, psykoosisairaus, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai vaikea persoonallisuushäiriö) ja päihdeongelma. Potilas on riippuvainen päihteestä, mutta hoitosuhteen alkaessa hän voi olla jo vieroittunut siitä. Kolmoisdiagnoosipotilaalla on vastaavasti vakavan mielenterveydenhäiriön ja päihdeongelman lisäksi jokin somaattinen diagnoosi (esimerkiksi C-hepatiitti). Opinnäytetyössämme määrittelemme kaksois- ja kolmoisdiagnoosin Lahden psykiatrian poliklinikan mukaisella tavalla.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien välinen vuorovaikutus on ongelmallinen ja monimuotoinen, jonka vuoksi kaksoisdiagnoosi on käsitteenä harhaanjohtava. Ongelman monimuotoisuudesta kertoo se, että useilla mielenterveys- ja päihdeongelmaisilla on monenlaisia terveyttä ja sosiaalista elämää koskevia tarpeita, joihin tulisi pystyä hoitotyön keinoin vastaamaan. (Inkinen ym. 2000, 202) Hoitotyössä puhutaan usein mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä, koska termi kuvaa potilaan tilannetta hoidollisessa sekä yhteiskunnallisessa kontekstissa paremmin. Tällöin potilaan ongelmien ja voimavarojen nähdään muodostuvan kokonaisuuksista, jotka ovat moniulotteisia sekä usein limittäin esiintyviä. (Holmberg ym. 2008, 13)

3 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPOTILAAN HOITO

Päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoidolla on pitkä historia, mikä on johtanut niihin nykyään käytössä oleviin menetelmiin, joita käytetään hoidettaessa henkilöitä, jotka kärsivät päihde- ja mielenterveysongelmista. On tärkeää käsitellä aihetta kertomalla miten hoito on tapahtunut ennen, jotta voidaan ymmärtää miksi nykyään käytettäviin hoitomalleihin on päädytty.

Tässä kappaleessa kerromme päihde- ja mielenterveyspalveluista/palvelujärjestelmästä pitkällä aikavälillä. Lisäksi kerromme lyhyesti, minkälaisia hankkeita Suomessa on käynnissä koskien mielenterveys- ja päihdepalveluita. Tämän jälkeen käsittelemme päihdetyötä; kerromme mitä sillä tarkoitetaan, ja minkälaisista elementeistä päihdetyö koostuu. Päihdetyön jälkeen kerromme mielenterveystyöstä ja siitä mitkä asiat muun muassa ohjaavat mielenterveystyötä ja mitkä ovat ne keskeiset asiat, joista mielenterveystyön tekeminen rakentuu.

3.1 Palvelujärjestelmä

Päihdehuoltolaissa määritellään miten päihdehuolto tulee järjestää ja mielenterveyslaki taas säättää mielenterveyspalveluiden järjestämisen. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon palvelujen osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. Kunnan tulee lain mukaan järjestää päihdehuoltopalvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisesti.

(Päihdehuoltolaki 41/1986) Mielenterveyslaki määrittää mielenterveystyön yleisen suunnittelun, ohjauksen ja valvonnan sosiaali- ja terveysministeriön tehtäväksi. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston alaisena toimivat aluehallintovirastot omilla toimialueillaan siten, että ensimmäinen ohjaa aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi mielenterveystyön ohjauksessa ja

valvonnassa. Aluehallintoviraston taas kuuluu omalla toimialueellaan suunnitella, ohjata ja valvoa mielenterveystyön toteutusta. Mielenterveyslaki määrittää kunnan tehtäväksi huolehtia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä siten kuin sosiaali- ja terveyspalveluissa (710/1982) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta. (Mielenterveyslaki 1116/1990)

Suomessa päihdehuolto on saanut alkunsa raittius- ja kansalaisliikkeistä, joissa työväenluokka ja sivistyneistö pyrkivät vähentämään päihdeongelmia ja edistämään raittiutta kansalaiskasvatuksen keinoin. Pakkohoito eli laitostuntoutus otettiin käyttöön päihdeongelmien taltuttamiseksi, kun kansalaiskasvatuksesta tuli riittämätöntä. Laitostuntoutus eikä myöhemmin voimaan tullut valtiollinen kieltolakikaan onnistunut ratkaisemaan alkoholiongelmaa. Seuraavaksi ongelmaan pyrittiin vaikuttamaan sosiaalilainsäädännön keinoin ja vuoden 1936 alkoholista kunnat veloitettiin järjestämään erillinen alkoholisten hoito. (Lahtinen-Antonakis 2009, 8-9)

Suomessa alkoholisten laitostuntoutusta ovat täydentäneet erikoistuneet avohoitopalvelut. 1950-luvulla ensimmäisten A-klinikkojen perustamisen myötä vapaaehtoisuuteen perustuneet avohoitopalvelut aloittivat toimintansa.

Toiminnassa keskeistä oli amerikkalaiseen malliin perustuva moniammatillisen tiimityön (team work) periaatteen soveltaminen, sekä psykososiaalinen eli päihdeterapeuttinen sosiaalityö. Laitostuntoutus ja avohoito tukivat toisiaan rinnakkaisina järjestelminä. Suhteessa väestön määrään ja päihteiden kulutuksen tasoon Suomessa oli 1980-luvulle tultaessa yksi maailman kattavimmista päihdehuollon erityispalveluverkostoista. (Lahtinen-Antonakis 2009, 9)

Ennen lamaa päihdehuollon palvelut kuuluivat Suomessa pääasiassa sosiaalihuollon hallintorakenteeseen. Laman jälkeen 1990-luvulla päihdehuollossa on tapahtunut merkittäviä muutoksia sekä palveluiden rakenteissa että niiden tuottamisen ehdoissa. Esimerkiksi valtio ja kunnat ovat vetäytyneet osittain erityispalveluiden tuottamisesta ja ylläpidosta, ja kunnat ovat siirtyneet ostopalveluiden käyttöön. 1990-luvulla järjestöt alkoivat ottaa isompaa roolia päihdepalvelujen tuottajina, ja 2000-luvun alkupuolella järjestöt tuottivat jo yli puolet erityispalveluista. Päihdepalveluita onkin osittain jopa lisätty, esimerkiksi huumehoidon osalta. (Lahtinen-Antonakis 2009, 10)

Päihdepalvelujen saatavuus on kuitenkin heikentynyt merkittävästi viime vuosina, lähinnä koska päihdehoito on muuttunut aikaisempaa valikoivammaksi. Hoidon piiriin pääsee yhä harvempi, sillä asiakasmäärät ovat miltei puolittuneet 2000-luvulla verrattuna 1990-lukuun. (Lahtinen-Antonakis 2009, 10)

Päihdepalvelut jakautuvat avohoitoon, asumis- ja muihin tukipalveluihin, matalan kynnyksen hoitopalveluihin, laitoshiitoon, vankiloiden päihdepalveluihin sekä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Suomessa avohoitoa toteuttavat A-klinikat, nuorisoasemat, sekä opiaattiriippuvaisille tarkoitetut avohoidon lääkkeiden avulla toteutettavat vieroitus- ja korvaushoidot. Lisäksi joissain kaupungeissa toteutetaan niin sanottua etsivää työtä, jossa työntekijät hakeutuvat sinne, missä asiakkaat liikkuvat pyrkimyksenään madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnystä. (Inkinen ym. 2000, 89)

Asumispalvelut on tarkoitettu tukemaan päihderiippuvaista, jotta tämä kykenisi irrottautumaan päihdekeskeisestä elämäntavastaan. Lahdessa muun muassa Nousurinteen palvelukeskus, Pitkämäen kuntoutusyksikkö, Nikkilän asumispalvelut sekä uusimpana Human Care Network tarjoaa tällaisia asumispalveluita. Muita tukipalveluita ovat esimerkiksi päivätoiminnot, joiden tarkoituksena on tukea päihdekuntoutuksen jälkeistä selviytymistä tarjoamalla muun muassa päivärytmiä ja vertaistukea. Vertaistukea päihderiippuvainen voi hakea A-killoista ja AA- tai NA-ryhmistä, joissa ei ole mitään velvoitteita tai jäsenmaksuja, vaan ryhmien toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen ja vapaaehtoisten avustusten luomaan omavaraisuuteen. (Inkinen ym. 2000, 90)

Matalan kynnyksen hoitopalveluihin lukeutuvat suonensisäisesti huumeita käyttäville tarkoitetut terveysneuvontapalvelut ja injisointivälineiden vaihtopalvelut. Palveluiden toiminta perustuu anonyymiyteen. Lahdessa matalan kynnyksen hoitopalvelua tarjoaa Jelppi.

Laitushoito voi olla lyhytaikaisempaa katkaisuhoidoa tai pitkäaikaisempaa kuntoutushoidoa. Lahdessa katkaisuhoidoa ja kuntoutusta toteutetaan Pitkämäen kuntoutusyksikössä. Katkaisuhoidossa pyritään katkaisemaan päihteiden käyttökierre, ehkäisemään ja hoitamaan vieroitusoireet sekä luomaan edellytykset fyysiselle ja sosiaaliselle kuntoutumiselle tekemällä jatkohoitosuunnitelma. Kuntoutuslaitokset tarjoavat pidempiaikaista jatkohoitoa, johon voi liittyä myös intervallihoidoa. (Inkinen ym. 2000, 91)

Vankiloiden päihdepalveluiden tarkoituksena on lisätä vankien elämäntaitoja, vähentää päihteiden käyttöä ja siten myös uusintarikollisuutta. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan tietyin edellytyksin toteuttaa aikuisilla mielenterveyslain (1116/1990) tai päihdehuoltolain (41/1986) pohjalta. Lisäksi alaikäisten kohdalla voidaan soveltaa lastensuojelulakia (417/2007). Tahdosta riippumatonta hoitoa käytetään kuitenkin Suomessa melko vähän. (Inkinen ym. 2000, 91)

Suomalainen palvelujärjestelmä on mielenterveyspalveluiden osalta avohoitopainotteinen, ja mielenterveyspalvelut onkin ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina tukien oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Tarkoituksena on välttää potilaan laitostumista. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 20–21) Erikoissairaanhoidon osuus palvelujen tuottajana on vähentynyt 1990-luvulta alkaen peruspalvelujen, järjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien lisätessä osuuttaan. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 126) Mielenterveystyön hoitojärjestelmä voidaan jakaa kolmeen osaan: kolmas sektori eri toimijoihin, perusterveydenhuolto sekä psykiatrinen erikoissairaanhoido. Kolmannen sektorin palveluihin kuuluvat muun muassa yksityiset hoitokodit, säätiöpohjainen kuntoutustoiminta sekä A-klinikan palvelut. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat suojatyö, mielenterveysyksiköt ja terveyskeskus sekä työterveyshuolto. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 25) Perusterveydenhuollon rooli on korostunut palveluketjun ensimmäisenä palvelutahona, jossa keskeisimpänä toimijana on terveyskeskus erilaisine toimintamuotoineen. (Noppari ym. 2007, 125)

Psykiatrinen erikoissairaanhoido voidaan jakaa avohoitoon ja sairaalahoitoon. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 25) Avohoitoon kuuluvia organisaatioita ovat mielenterveystoimistot, psykiatriset poliklinikat (lapset, nuoret aikuiset), yleissairaalapsykiatriset poliklinikat, psykiatriset päiväosastot, kuntoutus- tai palvelukodit, hoitokodit, palveluasunnot ja asuntolat. Laitosorganisaatio koostuu psykiatrisista sairaaloista. Toiminnalliset kuntoutusyksiköt voivat olla sekä avo- että laitoshoidon yksiköitä. (Noppari ym. 2007, 126)

Mielenterveyspalvelujen rakenteessa, laadussa ja saatavuudessa on alueellisia eroja Suomessa. Mielenterveys- ja päihdepalveluita pyritään kehittämään

Suomessa valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman avulla, eli Kaste-ohjelman avulla. Kaste-ohjelman yhtenä tavoitteena on parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja kaventaa alueellisia eroja. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä, 2011)

Osana Kaste-ohjelmaa toimii Välittäjä-hanke, joka muodostuu neljästä osahankkeesta (Häme, Tampere, Etelä-Pohjanmaa ja Vaasa). Hämeen osahanke toimii Hämeen päihdehuollon kuntayhtymän alueella. Sen painopistealueina ovat peruspalveluiden varhaisvaiheen mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen, osaamisen vahvistaminen, strategiatyön edistäminen, ehkäisevän päihdetyön kehittäminen, ehkäisevän päihdetyön kehittäminen, päihdekuntoutuksen arvioinnin ja hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen. Lahden osahanke toimii Lahden kaupunginalueella painopisteenään perusterveydenhuollon mielenterveystyössä yhteistyössä erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrian avohoidon, terveysasemien sekä psykososiaalisten palveluiden kanssa. (Välittäjä-hanke) Tavoitteena on selkeyttää palvelurakennetta organisoimalla sitä uudelleen ja vahvistaa perusterveydenhuollon palveluita. Lisäksi tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon henkilöstön mielenterveysosaamista. (Psykiatrian avohoito, 2011)

Mielenterveyspalveluiden kehittämisvastuu Lahdessa on Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimella, jonka yhteistyökumppanina toimii Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä.

3.2 Päihdetyö

Päihdetyöllä tarkoitetaan yksilö-, ryhmä- ja väestötasolla tehtävää ehkäisevää, hoitavaa, korjaavaa tai kuntouttavaa työtä, jota voi toteuttaa sekä vapaaehtoiset että eri alojen ammattilaiset. (Inkinen ym. 2000, 12) Päihdehuoltolaissa säädetään, että jokaisen kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä sisällöltään ja laadultaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. (Päihdehuoltolaki 41/1986)

Suomessa on pitkään käytetty ehkäisevässä päihdetyössä WHO:n ehkäisevän työn kolmijaottelua primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventioon. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 108) Ehkäisevällä päihdetyöllä eli primaaripreventiolla tarkoitetaan tiedottamista, vaikuttamista ja vaihtoehtoisten mallien sekä mahdollisuuksien esiintuomista. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 74) Ehkäisevä päihdetyö on osa terveystalitiikkaa. Mielenterveys- ja päihdetyötä kehitetään ehkäisevän ja korjaavan työn osalta palvelurakennemuudistuksessa. (Havio ym. 2008, 105)

Varhainen tunnistaminen eli sekundaaripreventio tarkoittaa ongelman tunnistamista, väliintuloa ja motivointia. Tertiääripreventioon sisältyy fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, henkinen ja hengellinen kuntoutus. Myös alkoholitalitiikan, alkoholikulttuurin ja yhteiskuntatalitiikan voidaan katsoa kuuluvan päihdetyöhön. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 74)

2000-luvulla on siirrytty määritelmään, jonka mukaan päihdetyö jakaantuu ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön. Ehkäisevän päihdetyön tavoitteiksi on määritelty terveyden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen edistämällä päihdeettömiä elämäntapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja sekä lisäämällä ymmärrystä päihdeilmiöistä. Ehkäisevä päihdetyö voidaan jakaa yleiseen ehkäisyyn ja riskiehkäisyyn. Yleinen ehkäisy kohdistuu koko väestöön, ja sen tavoitteina on ehkäistä päihteiden käytön aloittamista. Riskiehkäisy kohderyhmä määritellään sellaisen riskin perusteella, jonka toteutuminen on todennäköistä. (Havio ym. 2008, 108–109)

Mini-interventio on yksi riskiehkäisyssä käytetty menetelmä. Sen vaikuttavuudesta on olemassa vahvaa tutkimuksellista näyttöä, ja sitä käytetään yleisesti alkoholin suurkuluttajiin tai riskikäyttäjiin. Mini-intervention toimintatapaa voi soveltaa yhtä lailla terveydenhuollossa kuin sosiaalitoimessa sekä muidenkin päihteiden kuin alkoholin kanssa. Parhaimmillaan mini-interventio on ammattilaisen tarjoamaa muutoksen ja itsehoidon tukemista, sekä tarvittaessa onnistunutta päihdehoitoon ohjaamista. Sen peruselementteinä ovat potilaan varhaisen suurkulutuksen tunnistaminen ja alkoholihaitta- sekä itsehallintatiedon antaminen motivoivalla tavalla. (Havio ym. 2008, 120)

Motivoiva haastattelu on korjaavassa päihdetyössä yleisesti käytetty menetelmä. Se sopii erityisesti sellaisiin tilanteisiin, joissa potilas suhtautuu ristiriitaisesti tai vähätellen päihteidenkäyttöön tai sen aiheuttamiin haittoihin. Tällaisissa tilanteissa motivoiva haastattelu toimii keinona edistää päihteen käytön muutoshalukkuutta. Lähtökohtana motivoivassa haastattelussa on näkemys motivaatiosta muuttuvana tilana ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Asiakasta autetaan asiakaskeskeisesti kysymyksien ja aktiivisen kuuntelun avulla tunnistamaan mahdollisia ongelmia. Tarkoituksena on saada asiakas itse puhumaan muutoksen puolesta ja toimimaan itse ongelmiansa ratkaisemiseksi. (Havio ym. 2008, 128)

Päihdetyössä voidaan käyttää ratkaisukeskeistä, kognitiivista tai psykodynaamista työtettä. Käsittelemme eri terapiamuotoja tarkemmin hoitomuodot -kappaleessa.

Pitkäaikaisesta runsaasta päihteiden käytön lopettamisesta seuraa vieroitusoireyhtymä, jolla tarkoitetaan sekä somaattisten että psyykkisten vieroitusoireiden kokonaisuutta. Vieroitusoireyhtymä voi olla komplisoitumaton tai komplisoitunut. Komplisoitumattomasta oireyhtymästä on kyse silloin, kun potilaan oireet ovat selkeästi todettavissa esimerkiksi alkoholista johtuviksi vieroitusoireiksi eikä mikään viittaa somaattisiin sairauksiin. Komplisoitunut oireyhtymä on kyseessä silloin, kun oireisiin ja hoitoon liittyy myös somaattisten komplikaatioiden hoitoa, esimerkiksi delirium tremens tai Wernicke-Korsakovin oireyhtymä. (Havio ym. 2008, 139)

Vieroitushoidon perustana erityisesti akuutissa vaiheessa on tarkoituksenmukainen lääkehoito, joka poistaa ja lievittää vieroitusoireita. Vieroitusoireiden voimakkuuden mittaamiseksi on kehitelty arviointilomakkeita (esimerkiksi CIWA-A-asteikko), joilla saadaan täsmällinen tieto päihteenkäyttäjän tämänhetkisestä tilasta. Lääkehoito riippuu vieroitusoireiden voimakkuudesta. Vieroitushoitoa toteutetaan terveyskeskusten vuodeosastoilla ja A-klinikoilla. (Havio ym. 2008, 142, 146)

3.3 Mielenterveystyö

Mielenterveystyön perustana on mielenterveyslaki, mikä määrittelee mielenterveystyön seuraavasti:

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1§)

Tämän lisäksi lainsäädäntö vaatii, että mielenterveyspalvelut järjestetään kunnissa eri sektoreiden ja hallinnonalojen yhteistyönä. Esimerkiksi erikoissairaanhoitolaki vuodelta 1991 yhdisti psykiatrisen sairaanhoidon somaattiseen erikoissairaanhoitoon. Mielenterveyslaissa säädetään yhteistyövelvoite kunnan kansanterveystyön ja sosiaalihuollon välille. Näiden tahojen lisäksi mielenterveystyötä tekevät lisäksi monet kolmannen sektorin toimijat ja kansalaiset itse vapaaehtoistyön muodossa. (Lehtinen & Taipale 2005)

Mielenterveys- ja erikoissairaanhoitolakien lisäksi hoitoa ohjaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), mikä takaa jokaiselle oikeuden laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lain mukaan potilaalle on annettava ymmärrettävä selvitys hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista, hoidon merkityksestä sekä muista merkittävistä asioista, mitkä liittyvät potilaan hoitoon. Hoidon tulee aina perustua potilaan tai hänen laillisen edustajansa kanssa tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmassa ilmenee hoidon järjestäminen ja sen toteuttamisaikataulu. (Holmberg ym. 2008, 14–15)

Vaikka erilaiset lait toimivat mielenterveystyön perustana, on siinä kuitenkin lähtökohtana tieteelliseen tietoon perustuva kokonaisnäkemys ihmisestä ja päämääränä luoda hyvä perusta yksilön, perheen ja koko yhteiskunnan hyvinvoinnille. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 44–52)

Mielenterveystyössä on kolme osa-aluetta; rakentava mielenterveystyö, ehkäisevä mielenterveystyö sekä korjaava mielenterveystyö, hoito ja kuntoutus.

Rakentavan mielenterveystyön päämääränä on psyykkisen hyvinvoinnin edellytysten luominen sekä ylläpitäminen ja mielenterveyttä edistävän tiedon jakaminen kansalaisille. Rakentavasta mielenterveystyöstä voidaan erottaa valtakunnallinen suunnittelu ja päätöksenteko, kunnallinen ja paikallinen toiminta sekä yksikkökohtainen työ. Yhteiskuntapolitiikassa, kuten sosiaali- ja terveystieteissä päätetään kansalaisia koskevista asioista. Tällöin kyseessä ovat laeilla ja säädöksillä kansalaisille turvattavat yhteiskunnan palvelut, toimeentuloturva sekä toimintamahdollisuudet. Yhteiskunnallisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa tulee aina olla mukana mielenterveystyön asiantuntijoita. Kunnan asukkaiden hyvinvointiin vaikuttavat kunnallisella tasolla tehtävät päätökset esimerkiksi lasten päivähoidon järjestäminen ja koulujen ylläpitäminen. Ihmiset itse voivat omalla aktiivisuudellaan vaikuttaa kunnassa tehtävään päätöksentekoon. Rakentavaa mielenterveystyötä tehdään muun muassa kouluissa ja tärkeänä laadun kriteerinä on juuri palvelun käyttäjän yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisuuden huomioon ottaminen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 53–54)

Ehkäisevään mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyttä edistävän tiedon jakaminen suunnatusti, ongelmien varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen sekä apu ja tuki ihmisistä kohdanneissa kriiseissä. Ehkäisevää mielenterveystyötä tehdään muun muassa päiväkodeissa, joissa esimerkiksi otetaan erityisesti huomioon lapsi, joka ei sopeudu ryhmään sekä äitiys- ja lastenneuvoloissa, joissa seurataan lapsen ja koko perheen vaiheita raskausajasta lapsen kouluikään saakka. Neuvolassa pyritään huomioimaan riskitekijät ja esimerkiksi ohjataan tarvittaessa hoitoon, jos tilanne sitä vaatii. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 53–54)

Korjaavaan mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen, tutkimukset sekä hoito ja kuntoutumista tukeva mielenterveystyö. Korjaava mielenterveystyö toteutuu perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palveluiden, yksityisten sekä järjestöjen palveluiden ja vapaaehtoistyön piirissä. Mielenterveyspalveluiden tulee olla helposti tavoitettavissa ja kaikkien kunnan asukkaiden saatavissa. Mielenterveyspalvelut tulee mielenterveyslain mukaan järjestää ensisijaisesti avohoitona. Tällä tavoin pyritään tukemaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. Mielenterveyspalveluita

säättävät kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki, mielenterveyslaki, mielenterveysasetus sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 53–55)

4 LAHDEN PSYKIATRIAN POLIKLINIKKA

Lahdessa on psykiatrian avohoidolla kolme polikliinista toimintayksikköä sekä aluepoliklinikat Heinolassa sekä Orimattilassa. Psykiatrian poliklinikat toimivat lähete-poliklinikkoina ajanvarausperiaatteella.

Lahden psykiatrian poliklinikka yhdessä toimii arviointi- ja konsultaatio työryhmä. Työryhmä käsittelee aikuispsykiatrian avohoitoon tulevat lähetteet, tutkii uudet potilaat ja arvioi heidän hoidon tarpeensa. Lisäksi työryhmä aloittaa hoidon ja toteuttaa lyhyet alle puolivuotta kestävät hoidot. Työryhmän vastuulla on myös perusterveydenhuoltoa tukeva konsultaatiotoiminta. Hoitoryhmät psykiatrian poliklinikalla numero yksi vastaavat pitkistä yli puolivuotta kestäväksi arvioiduista hidoista ei-psykoottisten potilaiden osalta sekä hoitoryhmiin on keskitetty psykoterapeuttisen hoidon arviot ja toteuttaminen.

Lahden psykiatrian poliklinikalla numero kaksi toimii psykoosityöryhmä sekä varhaiskuntoutusryhmä.

Lahden psykiatrian poliklinikalla numero kolme toimii päiväpoliklinikka, Silta-työryhmä sekä neuropsykiatrian työryhmä. Päiväpoliklinikka vastaa aikuispsykiatrian tehostetusta avohoidosta. Hoitojaksot ovat lyhyitä intensiivisiä jaksoja ja potilas voi tarpeen mukaan olla päiväpoliklinikalla joko kokopäiväisesti tai tulla ennalta sovittuihin hoitajatapaamisiin. Silta-työryhmä on määräaikainen lisätuki aikuispsykiatrian potilaille, jotka ovat kotiutumassa sairaalajaksolta tai tarvitsevat avohoidossa tiiviimpää kontaktia. (Psykiatrian avohoito, 2011)

Opinnäytetyömme potilaskyselyt toteutetaan Lahden psykiatrian poliklinikoilla kaksi ja kolme.

4.1 Psykiatrian avohoito

Psykiatrinen hoitojärjestelmä on Suomessa kehittynyt pääsääntöisesti yleisten länsimaisten suuntaviivojen mukaisesti. Kehitys on kuitenkin usein miten tapahtunut viiveellä verrattaessa muihin länsimaihin. Vuosisatojen ajan tarve laitospaikkojen lisärakentamiseen ohjasi kehitystä. Rakennemuutos laitoshoidon purkamisena sekä avohoidon palveluiden samanaikaisena rakentamisena käynnistyi 1970- ja 1980 – luvuilla suunnitelmallisena. (Hyvönen 2008, 3) Tätä ennen mielenterveystyön kehittäminen oli ollut psykiatrian, laitoshoidon sekä yksilöpsykoterapian kehittämistä, eikä esimerkiksi sotien jälkeen julkista psykiatrasta avohoitoa ollut edes olemassa. Psykiatrinen sairaaloiden muuttuminen enemmän akuuttisairaaloiksi on tuonut esiin muutoksia ja kehitystarpeita, koska monet päivätoiminnot ja pitkäaikaishoidon muodot ovat siirtyneet avohoidon tehtäviksi. Sairaalaosastoille tuli tämän myötä velvoite selvittää akuutista hoidosta sekä tehdä yhteistyötä avohoidon ja omaisten kanssa. Samalla kun psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet, on kehittymistä sekä laajentumista tapahtunut psykiatrisessa avohoidossa jatkuvasti. Vaikka avohoidon henkilöstömäärät ovat lisääntyneet eri puolilla maata epätasaisesti, on keskimäärin avohoito kehittynyt hitaammin kuin sairaalahoidon vähentäminen olisi edellyttänyt. Avohoito on tästä huolimatta parhaiten ja tasaisemmin ihmisten saatavilla kuin koskaan aikaisemmin, vaikka kuntien mielenterveyspalveluiden välillä on selkeästi nähtävissä kasvava epätasa-arvo. (Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010, 91–93).

Tilastollisesti on nähtävissä avohoitokäyntien määrän lisääntyminen. Vuonna 1990 tilastoitiin avohoitokäyntejä olleen alle 760 000, vuonna 1995 käyntejä oli noin 1,22 miljoonaa sekä vuoden 1998 käyntimääräksi arvioitiin jo yli 1,6 miljoonaa. (Hyvönen 2008, 143) Vuodesta 2000 on suhteellisesti eniten käyntimäärät kasvaneet nuorisopsykiatrian ja lastenpsykiatrian erikoisaloilla. Vuonna 2008 erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteenlaskettuja mielenterveystyön käyntejä oli 2,2 miljoonaa ja kasvua oli tapahtunut vuodesta

2000 noin 34 prosenttia. (Erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön avohoito 2008)

4.2 Hoitomuodot

Lahden psykiatrian poliklinikalla on keväällä 2011 määritelty hoitopolku sekä hoidon sisältö kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalta. Hoitomuotojen tuloksellisuuden kannalta on tärkeää, että potilaan elämää eivät päihteet enää hallitse ja esimerkiksi bentsodiatsepiinien käyttöä tulisi korkeintaan olla vain tarvittaessa, mielellään ei lainkaan. (Uutela, 2011)

Tärkeää on motivoida potilasta päihdekäytön muutoksiin, jossa hoitohenkilökunnan apuvälineenä on motivoiva haastattelu. Työotteena on verkostoituva työote, missä mielenterveyden hoidon lisäksi rinnalla ja/tai jaksottaisesti tapahtuu myös päihdehoitoa. Tärkeää on, että kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaan hoito on integroitua ja että päihde- ja mielenterveysongelmia hoidetaan tasavertaisesti. Jos potilas hoidon aikana tilapäisesti käyttää päihteitä, pyritään Lahden psykiatrian poliklinikalla akuutisti hoitamaan potilaan relapsitilanne. Relapsitilanne käsitellään potilaan kanssa ja pyritään siihen, että niin sanotut retkahdukset pystyttäisiin ennakkoimaan. Apuna käytetään neurobiologiaa sekä neurokemiaa, joiden avulla pyritään löytämään jokin muu asia, mikä korvaisi päihteen potilaan elämässä. (Uutela, 2011)

Hoitomuotona käytetään myös terapiaa, mikä voi tapahtua esimerkiksi KELA:n kuntoutustuella tai jos potilaalla ei ole oikeutta KELA:n kustantamaan terapiaan, voidaan Lahden psykiatrian poliklinikan Psykoterapiatiimin kautta järjestää potilaalle yksilöpsykoterapiaa. Yksilöpsykoterapia voi olla esimerkiksi kognitiivista, KAT-terapiaa (kognitiivis-analyttinen psykoterapia) tai psykodynaamista terapiaa. Psykoterapia on hoitomenetelmä, mikä kohdistuu kriisien ja mielenterveyden häiriöiden hoitamiseen. Sen tavoitteena on kriisien selvittäminen sekä häiriöiden poistaminen tai lievittäminen. (Uutela, 2011)

KAT – terapia on ajallisesti rajattu terapiamuoto, jossa potilas yhdessä terapeuttinsa kanssa tutkii ja havainnoi potilaan oireilua ja muuta

kokemusmaailmaa. Tavoitteena on hahmottaa taustalla olevia sisäistyneitä toimintatapoja, joita potilaalla on. Tarkoitus on, että potilas ja terapeutti yhdessä löytävät sellaisen kuvauksen, joka voi toimia potilaan työvälineenä, hänen pohdintojensa apuna, terapiatuntien ulkopuolella ja edelleen terapiajakson päätyttyä. Edellä mainittu kuvaus on työskentelyn tukena myös terapian aikana ja se muuttaa muotoaan potilaan ja terapeutin yhteisen ymmärryksen lisääntyessä ja syventyessä. (Hämäläinen, 2001)

Kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään selkiinnyttämään sekä löytämään potilaan ajatusrakennelmia ja toimintatapoja. Terapiassa pyritään löytämään potilaan itsetuntoa sekä elämänhalua vievien ajatusten tilalle uusia tapoja ajatella sekä uusia näkökulmia. Lyhyt kognitiivinen terapia pyrkii parantamaan potilaan ongelmanratkaisutaitoja ja lisäämään selviytymiskeinoja, kun taas pitkäkestoisen terapian tavoitteena on kehittää myös uudenlaisia tapoja kokea asioita. Pitkäkestoinen terapia myös pyrkii uudistamaan potilaan vuorovaikutussuhteita. (Erilaisia terapiamuotoja, 2011)

Psykodynaamisessa suuntauksessa paraneminen tapahtuu tiedostamista lisäävän prosessin kautta niin, että painotus kohdistuu perheen sisäiseen vuorovaikutukseen ja sen tietoiseksi tekemiseen. Hoidon aikana on tärkeää tunteiden ilmaisu. Tunteiden ilmaisua seuraa oivallus, joka vaikuttaa perheen toimintakykyyn ja sisäiseen ilmapiiriin. (Punkanen, T. 2001, 76–78)

Lisäksi Psykoterapiatiimin kautta voidaan järjestää perhe- tai pariterapiaa sekä ryhmäterapiaa.

Psykoterapia ei kuitenkaan ole itsestään selvyys kaikille potilaille. Suurimmalle osalle potilaista riittää tukea antava, supportiivinen työote, motivoiva haastattelu ja niin edelleen. Hoidon tarkoituksena on rakentaa potilaan todellisuutta ja puhua muistakin asioista, kuin päihteistä. Tärkeää on saada potilas ankkuroitumaan muihin asioihin, kuin päihteisiin, kuten perheeseen tai lapsiin. Psykoedukaation keinon pyritään lisäämään potilaan ja hänen läheistensä ymmärrystä potilaan sairaudesta ja neuvoa sairauden hallinnasta jokapäiväisessä elämässä. Potilaan sairastumista pyritään ymmärtämään esimerkiksi stressi-haavoittuvuus – mallin avulla. Stressi-haavoittuvuus – mallin mukaan potilas sairastuu joko sisäisen tai ulkoisen stressin seurauksena. Potilas on tällöin jo altistunut sairastumiselle

esimerkiksi perinnöllisyystekijöiden myötä. Näiden hoitomuotojen rinnalla kulkee lisäksi lääkehoito. Lääkehoito voi sisältää mielialalääkkeitä ja tarvittaessa esimerkiksi alkoholismin hoitoon käytettävää Antabusta. (Uutela, 2011)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena on hankkia tietoa kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaiden hoidon toimivuudesta Lahdessa, Lahden psykiatrian poliklinikan potilailta, joilla on mielenterveysongelman lisäksi jokin päihderiippuvuus. Pyrimme selvittämään hoitoon hakeutumisen ja pääsemisen helppoutta sekä saamaan tietoa potilaan tilanteesta hänen oman arvionsa mukaan. Lisäksi selvitämme mikä merkitys Lahden psykiatrian poliklinikan ulkopuolisella tuella (esimerkiksi vertais- ja läheisiltä saatu tuki) on potilaalle itselleen hänen kuntoutumisensa kannalta. Tarkoituksena on selvittää päihde- ja mielenterveyspotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla sekä heidän näkemyksiään hoidon kehittämistarpeista. Tavoitteena on myös tuottaa sellaista tutkimustietoa, mitä Lahden psykiatrian poliklinikka voisi hyödyntää kehittäessään toimintaansa tulevaisuudessa.

Tutkimustehtävänä on vastata kysymykseen miten kaksoisdiagnoosi potilaiden hoitoa tulisi kehittää potilaiden näkökulmasta. Esimerkiksi tulisiko hoitoon pääsyä nopeuttaa ja otetaanko potilaiden toiveita riittävästi huomioon hoitosuunnitelmaa tehtäessä? Tämän lisäksi pyrimme saamaan vastauksen alakysymykseen millaisena potilaat itse kokevat saamansa hoidon. Kokevatko he hyötynensä saamastaan hoidosta?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä kappaleessa kerromme tutkimuksemme toteutuksesta. Aluksi kerromme tutkimusmenetelmästä ja siitä, miten tiettyyn tutkimusmenetelmään päädytään ja miksi me päädyimme toteuttamaan opinnäytetyömme käyttäen määrällistä tutkimusmenetelmää. Tämän jälkeen kerromme lyhyesti tutkimuksen kohderyhmän valinnasta ja opinnäytetyömme tutkimuksen kohderyhmästä, minkä jälkeen kerromme opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmästä. Kappaleen lopussa käsittelemme tutkittavan aineiston käsittelyä ja analysointia.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkija valitsee tutkimusmenetelmän sillä perusteella, mikä menetelmä vastaa parhaiten tutkimusongelmaa ja tutkimustehtävää. Näin ollen tutkimuksen tarkoitus ohjaa tutkimusmenetelmän valintaa. Tutkimuksen tarkoituksena voi olla kartoittaa, selittää, kuvailla tai ennustaa jotain ilmiötä. Tutkimuksella voi myös olla useita tarkoituksia. (Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007, 128, 133–134)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Tietoa kerätään ihmisten avulla, käyttäen tutkimusmetodina esimerkiksi teemahaastattelua tai osallistuvaa havainnointia. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotantaa käyttäen. Tutkimustuloksia analysoidaan käyttäen induktiivista analyysiä, jolloin aineistoa tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Tapaukset ovat ainutlaatuisia ja aineistoa myös tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi, S. ym.. 2007, 160)

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa keskeisiä ovat aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset ja aiemmat teoriat. Käsitteet määritellään tarkkaan, samoin kuin tehdään tarkat suunnitelmat aineiston keruusta.

Tutkittavista henkilöistä valitaan tarkkaan määritellen perusjoukko, johon tulosten tulee päteä. Tästä perusjoukosta otetaan pienempi otos, jota tutkitaan. Aineiston muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon, jotta aineisto voidaan käsitellä tilastollisesti. Päätelmät tehdään havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, S. ym. 2007, 136)

Päädyimme toteuttamaan tutkimuksemme määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Koimme sen vastaavan parhaiten tutkimuskysymykseemme. Tutkittavien perusjoukko, eli Lahden psykiatrian poliklinikan päihde- ja mielenterveyspotilaat, sekä siitä valittu otos (n 100) on sen verran iso ryhmä, että olisi ollut hankalaa koettaa järjestää esimerkiksi teemahaastatteluita. Se ei myöskään olisi ollut mahdollista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän puolesta, sillä PHSOTEY:llä on sääntö, jonka mukaan ammattikorkeakoulutasoiset opiskelijat eivät saa potilaita kasvotusten tavata. Koimme siis, että kyselylomaketutkimuksella meidän olisi mahdollista saada parhaiten tutkimuskysymyksiimme vastaukset.

6.2 Kohderyhmä

Tutkimusta tehtäessä tutkijan tulee päättää tutkimuksensa kohderyhmä ja kuinka laajasti hän tätä kohderyhmää lähestyy. Kokonaistutkimuksessa kyselylomake lähetetään kaikille kohderyhmään kuuluville. Tällainen tutkimus on kallis ja aikaa vievä. Jos tutkijalla ei ole mahdollisuutta tutkia koko joukkoa, ja hänen tavoitteenaan on saada tulokseksi yleistettäviä päätelmiä, hän määrittelee perusjoukon josta hän poimii edustavan otoksen. (Hirsjärvi, S. ym. 2007, 174–175)

Opinnäytetyömme tutkimuksen kohderyhmänä ovat Lahden psykiatrian poliklinikan kaksois- ja kolmoisdiagnoosi potilaat. Kysely jaetaan kaikille kaksois- ja kolmoisdiagnoosin saaneille potilaille, huolimatta heidän hoitojaksonsa pituudesta. Tällä tavoin turvaamme sen, ettei vastausprosentti jää liian vähäiseksi. Tällä tavoin saamme myös kattavamman kuvan kaksois- ja kolmoisdiagnoosi potilaiden hoidosta Lahdessa.

6.3 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmänä käytetään kyselylomaketta. Kyselylomakkeen käytössä on sekä hyötyjä että haittoja. Yhtenä kyselylomakkeen etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, koska kysely voidaan toimittaa useille henkilöille ja siinä voidaan kysyä useita eri asioita. Jos lomake on laadittu huolellisesti, aineisto voidaan nopeasti myös analysoida.

Kyselylomakkeella kerättävän tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastollisia analyysitapoja sekä raportointimuotoja, mitkä helpottavat tutkijan työskentelyä. Kyselytutkimuksella on myös useita haittapuolia. Kyselylomakkeiden kautta ei voida määrittää, onko vastaaja vastannut kyselyyn huolellisesti sekä rehellisesti. Myöskään ei ole selvää, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta eikä aina voida olla varmoja siitä, ovatko vastaajat perehtyneet siihen asiaan, mitä kysely koskee. Lisäksi kyselyyn vastaajien keskuudessa voi tapahtua niin sanotusti kato, eli vastauksia ei saada toivottua määrää. (Hirsjärvi ym. 1997, 184).

Lahden psykiatrian poliklinikalle toimitettavassa kyselylomakkeessa on yhteensä 14 kysymystä, joista 12 on strukturoituja, eli monivalintakysymyksiä ja loput kaksi ovat avoimia kysymyksiä (LIITE 2). Monivalintakysymykset sallivat vastaajien vastata kysymyksiin siten, että vastauksia on mielekästä verrata ja ne tuottavat vähemmän sekalaisia vastauksia. Monivalintakysymyksiin vastaaminen on myös helpompaa, koska vastaajan on helpompi tunnistaa asia kysymyksiä lukemalla. Lisäksi monivalintakysymysten vastauksia on helpompi käsitellä sekä analysoida.

Avoimet kysymykset antavat vastaajille enemmän tilaa ilmaista omia ajatuksiaan, koska ne eivät ehdota vastauksia. Näin ne myös osoittavat mitkä ovat keskeisiä ja tärkeitä seikkoja vastaajien ajattelussa ja osoittavat aiheeseen liittyvien tunteiden voimakkuuden. (Hirsjärvi ym. 1997, 190).

Kyselylomake laadittiin opinnäytetyön tekijöiden ajatusten pohjalta, kuitenkin siten, että Lahden psykiatrian poliklinikan henkilökunnalle annettiin mahdollisuus ehdottaa kysymyksiä, joihin he haluaisivat kuulla vastauksia. Kysymyksiä ei psykiatrian poliklinikan henkilökunnalta juurikaan tullut, joten käytännössä kyselylomake on täysin opinnäytetyöntekijöiden suunnittelema. Kyselylomake

rakennettiin opinnäytetyön tavoitteiden pohjalta sekä ajatuksella, että vastausten perusteella pystyttäisiin vastaamaan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeen kysymyksistä pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeitä ja helposti ymmärrettäviä, koska pätevien tulosten saamiseksi on tärkeää, että kyselylomake ei sisällä epämääräisiä kysymyksiä, joissa on liikaa tulkinnanvaraa. Kysymykset pyrittiin myös rajaamaan mahdollisimman selkeästi, jotta edellä mainittu tulkinnan mahdollisuus olisi pieni. Kysymykset pyrittiin esittämään lomakkeella mahdollisimman lyhyesti ja ytimekkäästi, koska pitkien kysymysten ymmärtäminen on hankalampaa, kuin lyhyiden. (Hirsjärvi ym. 1997, 191). Kyselylomake rakentuu siten, että ensimmäiset neljä kysymystä koskevat vastaajien taustatietoja; kysyjän sukupuolta, ikäjakamaa, koulutusta sekä tämän hetkistä elämäntilannetta, eli onko vastaaja työssä, työtön, opiskelija, sairauslomalla vai eläkkeellä. Taustatietojen perusteella ei selviä vastaajien henkilöllisyys, vaan kysymykset on laadittu yleispäteviksi. Taustatietojen jälkeen tulevat itse tutkimuskysymykset, jotka ovat kysymykset numero 5-14. Näiden kysymysten avulla pyritään muun muassa tutkimaan kuinka nopeasti vastaajat ovat päässeet hoitoon, miten hoitoon pääsyn mahdollinen odottaminen vaikutti vastaajan tilanteeseen, vertaistuen merkitystä vastaajalle ja miten vastaaja itse on kokenut hoitonsa Lahden psykiatrian poliklinikalla ja onko hoidossa parantamisen varaa.

Kyselylomakkeet, saatekirjeet (LIITE 1), vastauskuoret ja vastauslaatikot toimitetaan Lahden psykiatrian poliklinikan yhteyshenkilöllemme, Kirsi Uutelalle. Hän toimittaa kyselyt, saatekirjeet, vastauskuoret sekä – laatikot psykiatrian poliklinikoille numero 2 ja 3. Tarkoituksena on, että henkilökunta antaa kyselylomakkeet, saatekirjeet ja vastauskuoret kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaille sekä kannustaa heitä vastaamaan kyselyyn. Kyselylomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa suljettuun vastauslaatikkoon, jota ei avata ennen kuin vastausaika on umpeutunut. Kyselylomakkeita, saatekirjeitä sekä vastauskuoria toimitetaan psykiatrian poliklinikalle yhteensä 100 kpl. Saatekirjeessä käy ilmi keitä kyselyn tekijät ovat, miksi kysely tehdään, missä tulokset julkaistaan, ohjeet kyselyyn vastaamiseen ja mahdollisten kyselyä koskevien lisätietojen hankkimiseen. Vastauslaatikot

sijaitsevat psykiatrian poliklinikan tiloissa, joihin vastaajat itse palauttavat kyselylomakkeet täytettynä, suljetussa kirjekuoressa.

6.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Ennen kuin tutkimusaineistosta voidaan päästä tekemään päätelmiä, täytyy aineistosta tarkistaa tiedot, täydentää ne sekä järjestää aineisto. Tietojen tarkistusvaiheessa aineistosta tarkistetaan puuttuuko siitä tietoja tai sisältyykö siihen selviä virheellisyyksiä. Esimerkiksi kyselylomakkeista koostuvasta aineistosta on selvitettävä, täytyykö joitakin lomakkeita hylätä.

Kyselylomaketietojen kattavuutta voidaan seuraavassa vaiheessa täydentää karhuamalla lomakkeita. Lopuksi aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analysointia varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia, ja aineisto koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti.

(Hirsjärvi, S. ym. 2007, 216–217)

Aineistoa voidaan analysoida useilla eri tavoilla. Analysointimenetelmä valitaan yleensä sen mukaan, pyritäänkö tutkimuksella selittämään vai ymmärtämään. Tarkoituksena on valita sellainen analyysitapa, joka parhaiten tuo vastauksen tutkimusongelmaan. Selittämiseen pyrkivässä tutkimuksessa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi, S. ym.. 2007, 219)

Analysointivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia tutkimuskysymyksiin on saatu. Voi myös käydä niin, että silloin selviää mitä tutkimuskysymykset olisi pitänyt asettaa. (Hirsjärvi, S. ym. 2009, 221). Analyysitapa ei määräydy mekaanisesti jonkin tietyn säännön mukaan.

Alkuperäisenä ajatuksena opinnäytetyössämme oli tehdä kysely Lahden psykiatrian poliklinikalle, oli tarkoituksena myös analysoida saamamme vastaukset taulukkolaskenta-ohjelman avulla. Koska vastausprosentti jäi huomattavasti tavoitettamme pienemmäksi (seitsemän vastausta), ei taulukkolaskenta-ohjelman käyttö ole tarpeellista. Keskusteltuamme ohjaavan opettajan kanssa asiasta, tulimme siihen tulokseen, että tutkimustuloksia kerrottaessa käytämme pelkkiä lukumääriä, esimerkiksi kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että jne. Saamiamme vastauksia peilaamme jo tehtyihin kaksois- ja

kolmoisdiagnoosiin liittyvien tutkimusten tuloksiin. Pyrimme löytämään saamistamme vastauksista ja näistä aiemmin julkaistuista tutkimuksista sekä yhtäläisyyksiä että eroavaisuuksia. Valitsimme vertailtaviksi tutkimuksiksi seuraavat tutkimukset: Jenni Laiho Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito Lahden psykiatrian poliklinikalla –sairaanhoitajien käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta ja Patrick W. Corrigan yms. Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation –An Empirical Approach.

7 TUTKIMUSETIIKKA

Tutkimuksen tekemiseen liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on huomioitava. Osaan näistä kysymyksistä ei ole olemassa yleispätevää vastausta, jonka mukaan tulisi toimia, vaan tutkijan on itse ratkaistava kysymykset parhaaksi näkemällään tavalla. Tutkimukseen liittyvään tiedonhankintaan ja julkaisemiseen on kuitenkin olemassa yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet. On tutkijan vastuulla perehtyä ja toimia näiden periaatteiden mukaan. Jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä, sen teossa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi, S. ym. 2007, 23)

Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa kohdataan eettisiä kysymyksiä. Ensimmäinen eettinen ratkaisu syntyy tutkimusaihetta valitessa. Tämän tutkimuksen aiheeseen päädyttiin tutkijoiden ja yhteistyötahon yhteisestä mielenkiinnosta.

Tutkimusta toteutettaessa tulee kunnioittaa ihmisarvoa ja ihmisten itsemääräämisoikeutta. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Lisäksi on huomioitava, mitä tutkimukseen osallistuville tutkimuksesta kerrotaan, ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa liittyy. (Hirsjärvi, S. ym. 2007, 25)

Tutkimukseemme osallistuminen oli vapaaehtoista. Saatekirjeessämme korostimme sitä, että tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkittavien anonymiteetin säilymisen pyrimme varmistamaan sillä, että vastaukset laitettiin suljettuihin kirjekuoriin ja palautettiin suljettuihin laatikoihin. Laatikoita ei myöskään avattu, ennen kuin vastausaika oli päättynyt.

Riskinä tutkimuksessa on se, että se on tehty avoimesti ja julkisesti Lahden psykiatrian poliklinikalle.

Tutkimuksen tiedonhankintavaiheessa tutkijan tulee olla lähdekriittinen. Tutkijan tulee olla kriittinen sekä lähteitä valitessaan että tulkitessaan niitä. Tutkijan on hyvä kiinnittää huomiota erityisesti kirjoittajan tunnettavuuteen, lähteen ikään ja tiedon alkuperään, lähteen uskottavuuteen ja julkaisijan arvovaltaan sekä lähteen totuudellisuuteen ja puolueettomuuteen. (Hirsjärvi, S. ym. 2007, 109–110)

Tutkimusta tehdessämme olemme pyrkineet lähdekriittisyyteen. Olemme karsineet lähteistämme yli kymmenen vuotta vanhat lähteet pois ja pyrkineet käyttämään mahdollisimman tuoretta tietoa. Internet-lähteiden käyttöä olemme rajanneet, ja hyödyntäneet vain sellaisia Internet-lähteitä, jotka olemme katsoneet luotettaviksi (kirjoittaja on tiedossa tai sivusto on arvostettu julkaisija).

Tutkimuksessa pyritään luotettavuuteen ja pätevyyteen. Tutkimuksen reliaabeliutta arvioidaan sen kyvyllä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, eli tutkimuksen toistettavuudella. Tutkimuksen reliaabeliutta voidaan arvioida esimerkiksi siten, että kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tutkimustulos. (Hirsjärvi, S. ym. 2007, 226)

Tutkimusta arvioidaan myös sen validiuden, eli pätevyyden perusteella. Tutkimuksen validiudella tarkoitetaan sen kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Tutkijan käyttämät menetelmät ja mittarit eivät aina vastaa sitä, mitä hänen on tarkoitus tutkia. Esimerkiksi kyselylomakkeita käytettäessä tutkittavat eivät aina ymmärrä kysymyksiä sillä tavalla, miten tutkija on tarkoittanut. Tällöin kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta ne eivät vastaa sitä, mitä tutkija on tarkoittanut. (Hirsjärvi, S. ym. 2007, 226–227)

Päädyimme kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään, koska koimme sen avulla saavamme paremmin vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Kohderyhmämme oli suhteellisen iso, joten olisi ollut aikaa vievää lähteä haastattelemaan kaikkia tutkittavia. Haastattelututkimus ei olisi ollut myöskään mahdollinen yhteistyötahomme puolelta, sillä ammattikorkeakouluopiskelijat eivät saa tehdä haastattelututkimuksia. Kyselylomakkeen kysymyksiä muotoillessamme pyrimme

siihen, etteivät kysymykset olisi monitulkintaisia vaan kaikki vastaajat ymmärtäisivät ne samalla tavalla.

Tutkimuksemme luotettavuutta ja pätevyyttä pyrimme lisäämään myös sillä, ettemme lähteneet tekemään suoria johtopäätöksiä pieneksi jääneestä vastausmäärästämme vaan mukauduimme siihen ja päädyimme tekemään vertailevan tutkimuksen.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset kappale rakentuu siten, että aluksi kerromme Lahden psykiatrian poliklinikan päihde- ja mielenterveyspotilailta saamiemme täytettyjen vastauslomakkeiden sisällöstä. Tämän jälkeen kerromme Jenni Laihon opinnäytetyöstä Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito Lahden psykiatrian poliklinikalla – sairaanhoitajien käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta sekä Patrick W. Corriganin teoksesta Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation –An Empirical Approach, joiden sisältöä lopuksi vertaamme omiin saamiimme tutkimustuloksiin.

8.1 Lahden psykiatrian poliklinikalla toteutetun tutkimuksen tulokset

Toimitimme Lahden psykiatrian poliklinikalle yhteensä 100 kappaletta kyselylomakkeita sekä saatekirjeitä, koska tavoitteena oli saada kymmeniä vastauksia. Kyselylomakkeiden vastausaika oli aluksi kaksi viikkoa, mutta vähäisten vastausten vuoksi päädyimme jatkamaan vastausaikaa vielä viikolla. Hakiessamme saadut vastaukset huomasimme vastausprosentin jääneen erittäin pieneksi. Tämä voi johtua potilasryhmän sairaudesta, mikä omalta osaltaan voi vaikuttaa negatiivisesti vastaushalukkuuteen. Kaiken kaikkiaan saimme seitsemän täytettyä kyselykaavaketta takaisin. Koska vastauksia tuli näin vähän, kerromme kappalemäärin millaisia vastauksia saimme ja kuinka paljon niissä oli yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tähän päädyimme siksi, koska koimme

vastausten julkaisemisen olevan tällä tavoin selkeämpään, kuin esimerkiksi taulukoiden käytön.

Kaikki vastaajat olivat naisia, joista kaksi ovat iältään 18–25 vuotiaita, yksi 26–35 vuotias, kolme 36–50 vuotiaita ja yksi vastaajista ilmoitti iäkseen yli 50 vuotta. Viisi vastaajista oli käynyt vain peruskoulun/kansakoulun ja kaksi heistä oli käynyt lukion/ammattikoulun. Kaksi vastaajista opiskelee tällä hetkellä, kaksi työttömänä, kaksi on työssä ja yksi sairauslomalla.

Ensimmäisessä varsinaisessa tutkimuskysymyksessä tiedustelimme vastaajien hoitoon pääsyn kestoa Lahden psykiatrian poliklinikalle siitä hetkestä, kun he olivat ensimmäisen kerran hakeneet apua päihde- ja mielenterveysongelmaansa. Kolme vastaajista oli päässyt hoitoon alle yhden kuukauden kuluessa, yksi vastaajista oli päässyt hoitoon 1-3 kuukauden kuluessa, kaksi vastaajista oli päässyt hoitoon 4-6 kuukauden kuluessa ja yhdellä vastaajista hoitoon pääsyyn oli kulunut yli 10 kuukautta. Tämä vastaaja ilmoitti, että hoitoon pääsy oli kestänyt noin kaksi vuotta siitä hetkestä, kun hän oli ensimmäisen kerran hakenut apua.

Tämän jälkeen kysyimme, miten hoitoon pääsyn odottaminen vaikutti vastaajan tilanteeseen. Kaksi vastaajista ilmoitti tilanteensa pahentuneen, kolme heistä ilmoitti tilanteensa pysyneen ennallaan ja kaksi kertoi tilanteensa parantuneen. Toinen heistä, joiden tilanne oli hoitoon pääsyä odottaessa parantunut, oli kirjoittanut ”aika parantaa” valitsemansa vastauksen viereen.

Viisi vastaajista oli sitä mieltä, että heidän haettua apua päihde- ja mielenterveysongelmaansa, heidän tilanteeseen puututtiin vastaajan toivomalla tavalla. Kaksi vastaajista oli toista mieltä, joista toinen koki, että olisi tarvinnut asiantuntevampaa hoitoa psykoterapian muodossa ja toinen kertoi, että on sanonut kaikille haluavansa käydä elämänsä läpi lapsuudesta lähtien, mutta vastaajan mukaan ”vielä ei asian suhteen ole tapahtunut mitään”.

Tiedustelimme kyselylomakkeessa kuinka paljon vastaajat ovat mielestään päässeet osallistumaan ja vaikuttamaan hoitosuunnitelmansa tekoon. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että on päässyt osallistumaan ja vaikuttamaan

hoitosuunnitelman tekoon erittäin paljon, kaksi vastaajista koki päässeensä osallistumaan ja vaikuttamaan paljon, kolme melko vähän ja yksi vähän.

Ensisijaisesti kuusi vastaajista kokee saavansa Lahden psykiatrian poliklinikalta apua mielenterveyden häiriöön ja yksi vastaajista koki, että sekä päihde- että mielenterveydenhäiriöt huomioidaan hoidossa tasavertaisesti.

Läheisten tuki on viidelle vastaajista vaikuttanut merkittävästi heidän kuntoutumiseensa, yhden vastaajan kohdalla jonkin verran ja yhden kohdalla ei lainkaan.

Vertaistukiryhmä toimintaan osallistuu vastaajista yksi, loput kuusi eivät osallistu minkään vertaisryhmän toimintaan. Vastaaja, joka osallistuu vertaisryhmätoimintaan, kokee vertaistukiryhmän erittäin tärkeäksi oman kuntoutumisensa kannalta.

Toiseksi viimeinen kysymys oli avoin kysymys, jossa vastaajat saivat omin sanoin kertoa millaisena he ovat kokeneet saamansa hoidon Lahden psykiatrian poliklinikalla, mikä hoidossa on ollut hyvää ja mitä vastaajat olisi toivonut tehtävän toisin.

Yksi vastaajista kertoi saaneensa erittäin hyvää hoitoa, toinen kertoi hoidon olleen hyvä tuki hänen elämässään ja kolmas koki, että keskusteluapu on ollut todella tarpeellista ja hyödyllistä.

Yksi vastaajista kertoi hoidon sujuneen hyvin ja että hoitotapaamisia on tiheämmin aina silloin, kun tarvitsee ja puhelimitse saa hätäapua tarvittaessa. Vastaaja koki, että hoidossa on myös paneuduttu tiettyjen toistuvien tapojen arviointiin ja niiden muuttamiseen. Vastaaja olisi halunnut, että lääkitystä arvioitaisiin säännöllisesti, mutta epäili, että niin varmasti tapahtuisi, jos hän itse asiaa pyytäisi.

Yksi vastaajista kertoi, että nykyinen keskusteluapu on hyvää, mutta muutama vuosi sitten asia oli toisin. Tällöin vastaaja koki keskusteluavun/lääkäritapaamisten olleen hyödyttömiä ja pahentaneen hänen tilaansa. Vastaaja oli myös sitä mieltä, että tuolloin lääkäri on ollut epäpätevä,

eikä hän ole saanut tarvitsemaansa lääkehoitoa. Lopuksi vastaaja kuitenkin vielä kertoi, että nykyään kaikki on hyvin.

Eräs vastaajista kertoi, että huonoa Lahden psykiatrian poliklinikan toiminnassa on jatkuvasti vaihtuva terapeutti/sairaanhoitaja ja että ilmeisesti tapaamisaikoja on vaikea saada. Kuitenkin positiivisena asiana vastaaja koki miellyttävän henkilökunnan.

Viimeinen vastaajista oli sitä mieltä, että hoidon pitäisi olla yksilöllistä ja Lahden psykiatrian poliklinikan tulisi järjestää vertaistukea.

Kyselylomakkeen lopussa oli ”Haluan vielä sanoa:” – avoin kysymys, johon kukaan vastaajista ei ollut kirjoittanut mitään.

8.2 Muita tutkimuksia kaksois- ja kolmoisdiagnoosiin liittyen

Koska saimme vain seitsemän vastausta omaan tutkimukseemme, päädyimme vertaamaan omia tuloksiamme muihin tutkimuksiin. Kaksois- ja kolmoisdiagnoosia ja niistä kärsivien potilaiden hoitoa on viime vuosina tutkittu paljon sen yleisyyden vuoksi. Päädyimme vertaamaan omia tuloksiamme Jenni Laihon ja Patrick Corriganin yms. tutkimuksiin.

Jenni Laihon opinnäytetyö Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito Lahden psykiatrian poliklinikalla – sairaanhoitajien käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta on tehty vuonna 2008 Lahden psykiatrian poliklinikalle. Laihon tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla sekä kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Tutkimuksen mukaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoito on haastavaa, koska kaksoisdiagnoosipotilaat ovat usein moniongelmaisia ja sitoutuvat huonosti hoitoon. Laihon tutkimuksen keskeisimmäksi kehitystarpeeksi nousi yhtenäisen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomallin kehittäminen, sekä hoitajien täydennyskoulutuksen lisääminen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon liittyen. (Laiho, J Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito Lahden psykiatrian poliklinikalla – sairaanhoitajien käsityksiä

kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta) Keskustelimme yhteyshenkilömme Kirsi Uutelan kanssa ja päädyimme yhdessä siihen, että vertaisimme omia tuloksiamme Jenni Laihon tutkimustuloksiin. Meitä kiinnosti Lahden psykiatrian poliklinikan työntekijöiden ja potilaiden näkemysten yhtenäisyydet ja eroavaisuudet liittyen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon.

Lisäksi päädyimme vertailemaan omia tutkimustuloksiamme Patrick W. Corriganin, Kim T. Mueserin, Gary R. Bondin, Robert E. Draken ja Phyllis Solomonin *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation –An Empirical Approach*-kirjan näkemyksiin kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta. Kirjan kirjoittajat ovat psykologian professoreita, psykiatrian professoreita, sosiaalityön professoreita, klinisiä psykologeja sekä tutkijoita. (Corrigan, P yms. 2009, 6-7) *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation –An Empirical Approach*-kirjan avulla kirjoittajat pyrkivät perusteellisesti ja kattavasti selvittämään psykiatrisia häiriöitä ja psykiatrasta kuntoutusta. Kirjan punaisena lankana on kuvailla psykiatristen palveluiden repertuaaria, interventioita, ja resursseja, jotka auttavat ihmisiä voittamaan psykiatrisen sairauden aiheuttamat vajavuutensa. (Corrigan, P. ym. 2009, 8) Kirja on tarkoitettu lähdeaineistoksi alalla toimiville, psykiatrisen kuntoutumisen opiskelijoille sekä sellaisille opiskelijoille, joilla mahdollisesti on itsellään jokin psykiatrinen häiriö. (Corrigan, P. ym. 2009, 11) Kirja jakaantuu neljään päälukuun; esittely, palvelut, erityisryhmät ja niiden ongelmat sekä järjestelmän arviointi. Esittely osassa nimensä mukaisesti esitellään mitä mielenterveydenhäiriöt ovat ja kuinka psykiatrinen kuntoutuminen määritellään. Palvelut -osa käsittelee kattavasti eri palvelumuotoja, kuten kuntoutusarviointi, perhe interventiot ja sairauden itsehoito. Kolmannessa osassa käsitellään erityisryhmiä, esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaat, ja niiden haasteita. Neljännessä osassa arvioidaan psykiatrasta hoitojärjestelmää. (Corrigan, P. ym. 2009, 13–14)

Kaksoisdiagnoosia käsitellään kirjassa kappaleessa 15. Kappaleessa käydään lyhyesti kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tutkimuksen historiaa läpi. Sitten kirjoittajat esittelevät nykyisiä hoitomuotoja, kuten yksilöterapioida, ryhmä terapioida ja farmakologisia hoitoja. Kirjoittajat käyvät läpi kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon periaatteita. Lisäksi kirjoittajat nostavat esiin

tällä hetkellä pinnalla olevia tutkimuskysymyksiä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyen. (Corrigan, P. ym. 2009, 331–345)

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Vastausten perusteella voisi sanoa, että aktiivisimpia vastaajia tämän tyyppisessä tutkimuksessa ovat naiset. Kaksois- ja kolmoisdiagnoosi on myös ehkä yleisimmin diagnosoitu alle 50 – vuotiailla. Viisi vastaajista oli käynyt pelkästään perus- tai kansakoulun, mistä voisi päätellä ongelmien alkaneen jo nuorella iällä. Kaksi vastaajista opiskeli ja kaksi oli työelämässä, mistä voisi päätellä sairauden olevan hallinnassa.

Hajontaa oli hoitoon pääsy ajoissa melko paljon, mutta suurin osa vastaajista oli päässyt alle puolessa vuodessa hoitoon sairautensa vuoksi. Hoitotakuu (erikoissairaanhoidossa hoitoon on päästävä alle kuudessa kuukaudessa) ei ollut toteutunut yhden vastaajan kohdalla (Hoitotakuu aikuispsykiatriassa toteutuu lähes koko Suomessa, 2007). Hoitoon pääsyn ajankohta ei kuitenkaan ole tiedossa, joten ei voida olla varmoja, onko lainsäädäntö hoitotakuun osalta ollut tällöin vielä olemassa. Kuitenkin voidaan olettaa, että pääsääntöisesti Lahden alueella psykiatriseen hoitoon pääsee melko nopeasti.

Jenni Laiho kysyi omassa tutkimuksessaan Lahden psykiatrian poliklinikan hoitohenkilökunnan mielipidettä kaksoisdiagnoosipotilaiden merkittävimiksi ongelmiksi. Vastaajista viisi prosenttia vastasi hoitoon pääsyn olevan yksi merkittävimmistä ongelmista kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla. (Laiho, J. 2008, 39) Myös Laihon tutkimustulos viittaisi siihen, että hoitoon päästään kohtalaisen nopeasti.

Vastauksissa oli myös hajontaa, kun kysyttiin miten hoitoon pääsyn odottaminen oli vaikuttanut vastaajan tilanteeseen. Kuitenkin voidaan päätellä, että harvassa tapauksessa tilanne paranee, kun potilas odottaa pääsyä psykiatriseen hoitoon.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että heidän tilanteeseensa on puututtu heidän itsensä toivomalla tavalla, kun he ovat hakeneet apua mielenterveys- ja päihdeongelmaansa. Tämä kertoo siitä, että Lahden alueella otetaan kaksois- ja kolmoisdiagnoosia sairastavat henkilöt ja heidän ongelmansa vakavasti ja heidän avuntarpeeseensa vastataan myös heidän itsensä toivomalla tavalla. Tämä on kuitenkin ristiriidassa sen kanssa, että hajontaa syntyi, kun tiedusteltiin kuinka moni on päässyt osallistumaan hoitosuunnitelmansa tekoon ja miten paljon. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että hän oli päässyt osallistumaan hoitosuunnitelman tekoon erittäin paljon, loppuista suurin osa koki päässeensä osallistumaan huomattavasti vähemmän. Tästä voisi päätellä, että aluksi potilas huomioidaan hyvin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, mutta hoidon jatkuessa hänen osallisuutensa hoidon suunnittelussa vähenee huomattavasti. Toisaalta potilailla voi olla erilaisia näkemyksiä siitä, mikä on paljon tai vähän. Se, mikä on jollekin toiselle paljon, voi olla toiselle vähän.

Jenni Laihon tutkimuksessa ei suoranaisesti kysytty hoitohenkilökunnalta hoitosuunnitelman tekemisestä yhteistyössä potilaan kanssa. Laiho kysyi työntekijöiltä missä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon osa-alueilla he näkevät eniten ongelmia, ja millaisia ne ovat. Hoitohenkilökunnasta 53 % koki vuorovaikutuksen ja hoitosuhteen luomisen kaksoisdiagnoosipotilaaseen jonkin verran ongelmalliseksi ja 27 % koki sen runsaasti ongelmalliseksi. (Laiho, J. 2008, 42) Vuorovaikutussuhteen ja hoitosuhteen luomisen ongelmat voivat liittyä myös hoitosuunnitelman tekemiseen yhteistyössä potilaan kanssa. Jos henkilökunnan on vaikea luoda toimivaa vuorovaikutus- ja hoitosuhdetta potilaaseen, voi myös hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa olla haastavaa.

Corriganin yms. tutkimuksessa tutkittiin motivoivien menetelmien hyötyä kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaiden kohdalla. Tulokset osoittavat, että vaikka potilas on hoitosuhteessa, hän voi olla usein motivoitumaton hoitamaan omaa sairauttaan.

Tehokkaissa hoito-ohjelmissa käytetään motivoivan haastattelun menetelmiä lisäämään potilaan valmiuksia sitoutua ratkaisevampiin hoitomuotoihin. Tutkimusten mukaan jo yksi motivoiva keskustelu lisää avohoitopotilaiden kiinnittymistä hoitoon, ja kolme keskustelukertaa parempia tuloksia päihteettömyyden kannalta useita kuukausia hoidon jälkeen. Näin ollen tutkimustulokset osoittavat, että potilaita, joilta puuttuu hoitomotivaatio, voidaan tehokkaasti auttaa motivoivien menetelmien avulla. (Corrigan, P. ym. 2009, 334, 341)

Lahden psykiatrian poliklinikalla hyödynnetään motivoivia menetelmiä kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Näin ollen mikäli hoitosuhteen alussa on vaikeuksia luoda toimivaa hoitosuhdetta potilaaseen johtuen osittain potilaan huonosta hoitomyöntyvyydestä tai sitoutumisesta hoitoon, voidaan motivoivien menetelmien avulla nostaa potilaan hoitomyöntyvyyttä ja sitoutumista hoitoon.

Kuten ehkä oletettavaa oli, suurin osa vastaajista koki saavansa ensisijaisesti apua mielenterveysongelmaansa Lahden psykiatrian poliklinikalla. Tämä saattaa johtua siitä, että kyseessä on psykiatrian avohoidon toimintapiste, missä luonnollisesti mielenterveyden ongelmat ovat henkilökunnan vahvuusaluetta. Epäselvää kuitenkin on, miten integroitu hoito toimii ja saavatko potilaat muualta avun päihdeongelmaansa ja kulkeeko tieto näiden kahden paikan välillä toivotulla tavalla. Kuitenkaan vertaistukiryhmiin ei vastaajista osallistunut kuin yksi, mikä saattaisi viitata myös siihen, että päihdeongelmaa hoidetaan suurimmalla osalla myös jossain muualla, kuin Lahden psykiatrian poliklinikalla.

Laihon tutkimukseen vastanneesta hoitohenkilökunnasta kaksi prosenttia toi julki, että hoitohenkilöstön puutteelliset tiedot ja taidot, koulutuksen puute sekä yhteistyön vähäisyys muiden hoitotahojen kanssa tuottavat ongelmia kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Lisäksi hoitohenkilökunta koki integroidun hoidon hankalaksi.

Perehdytystä toivottiin kaksoisdiagnoosipotilaita hoitavan henkilökunnan tietoihin ja taitoihin hoitaa myös päihdeongelmaa mielenterveyshäiriön lisäksi. (Laiho, J. 2008, 39) Laihon tutkimukseen vastanneesta hoitohenkilökunnasta 71 % oli ilmoittanut kaksoisdiagnoosin tunnistamista vaikeuttavaksi tekijäksi potilaan päihdeongelman salaamisen. (Laiho, J. 2008, 42) Hoitohenkilökunta koki erityisesti päihdeongelman hoidon ongelmalliseksi Lahden psykiatrian poliklinikalla. Myös yhteistyö muiden tahojen kesken koettiin ongelmalliseksi. (Laiho, J. 2008, 45–46, 50) Laihon tutkimustulokset ovat samansuuntaisia, kuin mitä omassa tutkimuksessamme tuli potilaiden taholta ilmi. Molempien tutkimustulosten perusteella näyttäisi siltä, että Lahden psykiatrian poliklinikalla keskitytään päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoidossa enemmän mielenterveydenhäiriöön kuin päihdeongelmaan. Jatkossa päihdeongelman käsittelyä mielenterveydenhäiriön rinnalla voitaisiin vahvistaa henkilökunnan lisäkoulutuksilla ja yhteistyön vahvistamisella muiden hoitotahojen kanssa.

Corriganin yms. tutkimuksessa todetaan, että yleisin periaate kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaiden hoidossa on integroitu hoitomuoto. Integroidulla hoidolla

tarkoitetaan sitä, että sama klinikko tai klininen tiimi tarjoaa potilaalle sekä mielenterveys- että päihdeongelmaan asiantuntevaa apua koordinoitusti. Tällöin sama hoitotaho ottaa vastuun potilaan hoidosta kokonaisvaltaisesti. Potilaan kannalta tällainen hoito näyttäytyy yhtenäisenä, sisältäen yhdenmukaisen ja jatkuvan hoitofilosofian. (Corrigan, P. ym. 2009, 340) Myös Corriganin kirjassa esitellyt tutkimustulos osoittaa yhtenäisen integroidun hoitomuodon edut kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Kun potilasta on hoitamassa useita hoitotahoja, ongelmia saattaa esiintyä tiedonkulussa eri hoitotahojen välillä. Myös hoitofilosofiat voivat erota oleellisesti toisistaan ja sekoittaa potilasta.

Toiseksi viimeiseen kysymykseen, jossa sai omin sanoin kertoa millaista hoitoa vastaajat ovat saaneet, ja mikä on ollut hyvää ja huonoa, viisi vastaajista kertoi hoidon olevan hyvää. Tästä voi päätellä, että pääsääntöisesti Lahden psykiatrian poliklinikan potilaat ovat tyytyväisiä poliklinikan toimintaan.

Parannusehdotuksiakin tuli, mikä on tietysti luonnollista, mutta kaikilla oli kuitenkin jotain hyvää sanottavaa Lahden psykiatrian poliklinikasta.

10 POHDINTA

Tutkimustulosten perusteella tekemämme kysely ja siihen saamamme vastaukset ovat melko yhtenäisiä Jenni Laihon sekä Corriganin yms. tekemien tutkimusten kanssa. Tiedustellessamme hoitoon pääsyn nopeutta ja verrattaessa sitä Laihon tutkimukseen, oli selkeästi nähtävissä, että hoitoon pääsy on yleensä kohtalaisen nopeaa. Tästä voidaan päätellä, että Lahdessa yleensä pääsee kaksois- ja kolmoisdiagnoosiin sairastuneet hoitoon hoitotakuun puitteissa.

Oletettavaa oli myös, että hoitoon pääsyn odottaminen harvoin parantaa potilaan tilannetta, päinvastoin. Harvalla luultavasti on voimavaroja auttaa itse itseään ja hakea muualta apua, jos ensimmäisestä paikasta ei sitä heti saa. Kuitenkin niitäkin potilaita löytyy, joiden kohdalla tilanne ei muutu hoitoon odottaessa suuntaan eikä toiseen. Voidaan kuitenkin lähteä siitä ajatuksesta, että on ensisijaisen tärkeää saada mahdollisimman nopeasti apua, kun ihminen sitä hakee. Lisäksi on

nähtävissä, että Lahdessa puututaan hyvin henkilön päihde- ja mielenterveysongelmaan, vaikka sen hoito nähdäänkin pääsääntöisesti erittäin haasteellisena.

Mielenkiintoista oli huomata, että sekä potilaat että Laihon tutkimukseen osallistuneet henkilökunnan jäsenet kokevat hoitosuunnitelman ja potilaiden osallistumisen hoitoon ongelmalliseksi. Corriganin ym. tutkimuksen mukaan motivointi on tärkeässä roolissa kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaita hoidettaessa. Vaikka Lahden psykiatrian poliklinikalla onkin motivointityöskentely käytössä, voisi päätellä, ettei se toimi täysin toivotulla tavalla. Lisäksi kehitettävää on myös potilaiden osallisuuden tukemisessa, koska sekä potilaiden että henkilökunnan kokemukset viittaavat siihen, etteivät potilaat pääse riittävän hyvin osallistumaan oman hoitosuunnitelman tekoon.

Kuten Corrigan yms tutkimuksessaan totesi, kaksois- ja kolmoisdiagnoosin hoidossa on keskeisessä asemassa integroitu hoitomalli, mikä ei tämän tutkimuksen perusteella toteudu kuten on ajateltu. Potilaat kokevat ensisijaisesti saavansa apua psykiatrian poliklinikalla mielenterveysongelmaansa ja Laihon tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnasta kaksi prosenttia kokee juuri integroidun hoitomallin ongelmalliseksi. Lisähaastetta luo lisäksi se, että hoitohenkilökunnan on vaikea tunnistaa esimerkiksi kaksoisdiagnoosia, koska potilaat pyrkivät usein salaamaan päihdeongelmansa. Lisäksi henkilökunta kokee päihdetyön sekä yhteistyötahojen välisen työskentelyn ongelmalliseksi. Voidaan siis päätellä, että ehkä juuri nämä hoitohenkilökunnan ajatukset päihdetyöstä ja integroidusta hoitomallista selittävät sen, että psykiatrian poliklinikalla potilaat kokevat saavansa hoitoa vain mielenterveysongelmaansa. Kehitettävää olisi juuri päihdetyön saralla, kun puhutaan psykiatrian poliklinikalla tehtävästä päihde- ja mielenterveystyöstä. Lisäksi integroidun hoidon toimivuuteen olisi myös tärkeää kiinnittää enemmän huomioita, koska tämän perusteella voisi sanoa, ettei se toimi juuri ollenkaan.

Tutkimuksessa haettiin vastausta kysymyksiin miten kaksois- ja kolmoisdiagnoosi potilaiden hoitoa tulisi kehittää potilaiden näkökulmasta ja millaisena potilaat itse kokevat saamansa hoidon. Opinnäytetyön tutkimustulokset eivät kuitenkaan ole

täysin luotettavia huonon vastausprosentin vuoksi, mutta ne ovat kuitenkin suuntaa antavia ja melko yhtenäisiä myös aiempiin tutkimuksiin verrattuna.

Jatkotutkimuksena voitaisiin toteuttaa potilaskysely, missä kysyttäisiin jossain toisessa toimintayksikössä kaksois- ja kolmoisdiagnoosiin sairastuneiden mielipiteitä saamastaan hoidosta Lahdessa. Koska psykiatrian poliklinikalle toteutetun tutkimuksen vastausprosentti jäi pieneksi osittain potilasryhmän haastavuuden takia, voitaisiin tutkimus myös toteuttaa esimerkiksi jossakin toimivassa vertaisryhmässä, missä kävijöiden sairaus ei välttämättä hallitse niin suurelta osin sairastuneiden elämää ja vastausaktiivisuuskin saattaisi olla aivan eri luokkaa. Vaihtoehtoisesti vastaavan tutkimuksen voisi myös toteuttaa jonkin muun tahon ylläpitämissä paikoissa, kuten asuntoloissa/palvelukeskuksissa.

LÄHTEET

Bäckmand, H. & Lönnqvist, J. 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön ohjelmat. Teoksessa THL (toim.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino, 7.

Corrigan, P., Muesser, K., Bond, G., Drake, R. & Solomon, P. 2009. Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation –An Empirical Approach. United States of America: The Guilford Press.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammi.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Tammi.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. O. 2008. Mielenterveyden häiriöt. Terveyskirjasto [viitattu 15.02.2011]. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille – sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hyvönen, J. 2008. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990 – luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopio: Kopijyvä.

Lahden kaupungin päihdestrategia 2007–2011. [viitattu]. Saatavissa:

[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/6FE2D11BC0979CD2C22572C7001F6716/\\$file/Lahden%20p%C3%A4ihdestrategia%202007%20-%202011.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/6FE2D11BC0979CD2C22572C7001F6716/$file/Lahden%20p%C3%A4ihdestrategia%202007%20-%202011.pdf)

Lahtinen-Antonakis, S. 2009 Päihderiippuvuudesta toipumisen kokemuksia – Miehet kertovat toipumisestaan ja sen ylläpidosta. Saksa: Settlementijulkaisuja 21.

Laiho, J. 2008 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito Lahden psykiatrian poliklinikalla – Sairaanhoidajien käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. [viitattu 1.8.2011] Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/548/2008_samk_laiho_jenni.pdf?sequence=1

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Terveyskirjasto [viitattu 20.02.2011]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054

Mielenterveyslaki 1116/1990.

Mielenterveyden keskusliitto. 2011. Erilaisia terapiamuotoja. Mielenterveyden keskusliitto [viitattu 05.07.2011]. Saatavissa: http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/erilaisia_terapiamuotoja/

Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) 2010 Suomi juo. Helsinki: Yliopistopaino.

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007 Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi.

Partanen, A. 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön ohjelmat. Teoksessa THL (toim.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino, 60–66.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.

Päihdehuoltolaki 41/1986

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. 14.01.2011. Psykiatrian

avohoito.[viitattu 25.02.2011]. Saatavissa:

<http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=1438&vy=2060&ryhma=317>

Sosiaali- ja terveysministeriö 31.1.2011 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) [viitattu 31.5.2011]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2007. Mielenterveys [viitattu 15.02.2011].

Saatavissa: <http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/Mielenterveysksite.htm>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2010. Erikoissairaanhoidon ja

mielenterveystyön avohoito 2008 [viitattu 26.02.2010]. Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Terveyspalvelut/Avohoito/erikoissairaanhoito.htm>

Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. 2010. Helsinki: Fioca Oy.

Välittäjä-hanke [viitattu 31.5.2011] Saatavissa:

<http://www.valittajahanke.fi/fi/osahankkeet>

SAATEKIRJE

Arvoisa Lahden psykiatrian poliklinikan potilas!

Olemme sosionomi – opiskelijoita Lahden Ammattikorkeakoulusta. Teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä, jossa tutkimme Lahden psykiatrian poliklinikan päihde- ja mielenterveyspotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja sen toimivuudesta psykiatrian poliklinikalla. Oheisella kyselylomakkeella pyritään selvittämään miten hoitoa tulisi kehittää potilaiden näkökulmasta.

Tutkimustulokset julkaistaan ainoastaan opinnäytetyössämme. Vastaukset käsitellään nimettöminä, luottamuksellisina eikä yhdenkään vastaajan henkilöllisyys tule olemaan tunnistettavissa tuloksista. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää, että palautatte kyselylomakkeen täytettynä oheisessa kirjekuoressa suljettuun palautuslaatikkoon, mikä löytyy psykiatrian poliklinikan tiloista. Palautuslaatikko on teipattu huolellisesti kiinni ja se avataan vasta, kun viimeinen palautuspäivä on mennyt umpeen. Näin varmistamme, ettei Teidän henkilöllisyytenne tule missään vastausten palautusvaiheessa meidän, eikä psykiatrian poliklinikan henkilökunnan tietoon. Kyselylomakkeen viimeinen palautuspäivä on 18.03.2011. Tutkimus valmistuu toukokuussa 2011.

Osallistumalla kyselyyn annatte tärkeää tietoa jota voidaan hyödyntää kehittäessä Lahden psykiatrian poliklinikan toimintaa. Tarvittaessa voitte kysyä lisätietoja Lahden psykiatrian poliklinikan henkilökunnalta.

Kiitos vastauksestanne!

LIITE 2

POTILASKYSELY LAHDEN PSYKIATRIAN POLIKLINIKAN PÄIHDE- JA MIELENTERVEYS POTILAILLE

Ole hyvä ja rastita yksi Sinulle sopivin kohta annetuista vaihtoehtoista. Vastaa vapaamuotoisiin kysymyksiin kirjallisesti. Älä jätä kysymyksiä väliin (ellei toisin mainita), kiitos.

TAUSTATIEDOT:

1. Sukupuoli:

- ☐ Nainen
- ☐ Mies

2. Ikäjakama:

- ☐ 18–25 vuotta
- ☐ 26–35 vuotta
- ☐ 36–50 vuotta
- ☐ yli 50 vuotta

3. Koulutausta:

- ☐ Peruskoulu/Kansakoulu
- ☐ Ammattikoulu/Lukio
- ☐ Ammattikorkeakoulu/Yliopisto

4. Tällä hetkellä olen:

- ☐ Työssä
- ☐ Työtön
- ☐ Opiskelija
- ☐ Eläkeläinen
- ☐ Sairauslomalla

TUTKIMUSTIEDOT:

5. Kuinka nopeasti pääsit Lahden psykiatrian poliklinikalle mielenterveys- ja päihdeongelmasi kanssa hoitoon sen jälkeen, kun olit ensimmäisen kerran hakenut apua:

- ☐ alle 1 kuukauden aikana
- ☐ 1-3 kuukauden kuluessa
- ☐ 4-6 kuukauden kuluessa
- ☐ 7-9 kuukauden kuluessa
- ☐ yli 10 kuukauden kuluessa, kauanko hoitoon pääsyssä suunnilleen kesti:

6. Miten hoitoon pääsyn odottaminen vaikutti tilanteeseesi:

- ☐ Tilanteeni paheni
- ☐ Tilanteeni pysyi ennallaan
- ☐ Tilanteeni parani

7. Kun hait apua terveydenhuollonyksiköstä mielenterveys- ja päihdeongelmaasi, koitko, että tilanteeseesi puututtiin toivomallasi tavalla?

- ☐ Koin.
- ☐ En kokenut. Miksi en kokenut:

8. Koetko päässeesi osallistumaan ja vaikuttamaan hoitosuunnitelmasi tekoon:

- ☐ Erittäin paljon
- ☐ Paljon
- ☐ Melko vähän
- ☐ Vähän
- ☐ En lainkaan

9. Kumpaan ongelmaan koet saavasi ensisijaisesti apua Lahden Psykiatrian poliklinikalla:

- ☐ Mielenterveydenhäiriöön
- ☐ Päihdeongelmaan
- ☐ Molemmat huomioidaan tasavertaisesti

10. Läheisteni (esim. perhe, sukulaiset, ystävät) tuki on vaikuttanut kuntoutumiseeni:

- ☐ Merkittävästi

- Jonkin verran
- Ei lainkaan

11. Osallistutko Lahden psykiatrian poliklinikan käyntien lisäksi johonkin vertaistukiryhmään (esim. MIEPÄ-ryhmä, NA-ryhmä, AA-ryhmä):

- Osallistun
- En osallistu

VASTAA KYSYMYKSEEN NUMERO 12, JOS OSALLISTUT JOHONKIN VERTAISTUKIRYHMÄÄN. MUUSSA TAPAUKSESSA SIIRRY KYSYMYKSEEN NUMERO 13.

12. Jos osallistut johonkin vertaistukiryhmään, kuinka tärkeäksi koet sen kuntoutumisesi kannalta:

- Erittäin tärkeäksi
- Tärkeäksi
- Melko tärkeäksi
- Ei lainkaan tärkeäksi

13. Millaisena olet kokenut saamasi hoidon Lahden psykiatrian poliklinikalla?
Mikä hoidossa on ollut hyvää ja mitä olisit toivonut tehtävän toisin?

14. Haluan vielä sanoa:

KIITOS VASTAUKSISTASI!